

Warszawski Uniwersytet Medyczny

PRZEGLĄD PRAWA MEDYCZNEGO

KWARTALNIK Nr 2/2026 (23)



ISSN 2657-8573

Warszawski Uniwersytet Medyczny

PRZEGLĄD PRAWA MEDYCZNEGO

KWARTALNIK nr 2/2026 (23)



PRZEGŁĄD PRAWA MEDYCZNEGO

Kwartalnik recenzowany według wytycznych Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego

Czasopismo punktowane MNiSW: 70 pkt.

ISSN 2657-8573, e-ISSN 2719-3748

Rada Programowa

Przewodniczący: prof. dr hab. Leszek Pączek (Warszawski Uniwersytet Medyczny)

Medycyna: prof. dr hab. Agnieszka Cudnoch-Jędrzejewska (Warszawski Uniwersytet Medyczny), prof. dr hab. Tomasz Grodzicki (Uniwersytet Jagielloński), prof. dr hab. Marcin Gruchala (Gdański Uniwersytet Medyczny), Łukasz Jankowski (Naczelna Rada Lekarska), prof. dr hab. Tomasz Pasierski (Warszawski Uniwersytet Medyczny), dr Piotr Pawliszak (Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie), dr Tadeusz Urban (Okręgowa Rada Lekarska w Katowicach), dr Piotr Winciunas (Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie), prof. dr hab. Paweł Włodarski (Warszawski Uniwersytet Medyczny)

Etyka: dr Anna Alichniewicz (Uniwersytet Medyczny w Łodzi), prof. dr hab. Alicja Przyłuska-Fiszer (Akademia Wychowania Fizycznego w Warszawie), prof. em. dr hab. Zbigniew Szawarski (Uniwersytet Warszawski)

Prawo: prof. em. dr hab. Teresa Dukiet-Nagórska (Uniwersytet Śląski w Katowicach), prof. dr hab. Kinga Flaga-Gieruszyńska (Uniwersytet Szczeciński), prof. dr hab. Agnieszka Małarewicz-Jakubów (Uniwersytet w Białymstoku), prof. dr hab. Teresa Mróz (Uniwersytet w Białymstoku), prof. em. dr hab. Mirosław Nesterowicz (Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu), dr hab. Małgorzata Świdarska, prof. ucz. (Wyższa Szkoła Administracji i Biznesu w Gdyni), prof. em. dr hab. Mirosław Wyrzykowski (Uniwersytet Warszawski), prof. Judit Sándor (Central European University, Węgry), prof. Atina Krajewska (University of Birmingham, Wielka Brytania), prof. Filip Křepelka (Masarykova Univerzita, Czechy), prof. Karl Harald Søvig (Universitetet i Bergen, Norwegia), prof. Roberto Guerrini (Università degli Studi di Siena, Włochy), prof. Andrea Pin (Università degli Studi di Padova, Włochy), prof. Dario Micheletti (Università degli Studi di Siena, Włochy), prof. Alessandro Palmieri (Università degli Studi di Siena, Włochy), prof. Mario Perini (Università degli Studi di Siena, Włochy), prof. Arianna Alpini (Università degli Studi di Siena, Włochy), dr Francesca Ferretti (Università degli Studi di Siena, Włochy)

Redakcja

Redaktor naczelna: dr hab. Maria Boratyńska, prof. ucz. (Uniwersytet Warszawski, Warszawski Uniwersytet Medyczny)

Zastępca redaktor naczelnej: dr Wojciech Rożdżeński

Sekretarz redakcji: mgr Krzysztof Ślaski

Sekretarz ds. technicznych i finansowych: mgr Aleksander Wiaderek

Redaktorzy merytoryczni: dr hab. Kinga Bączyk-Rozwadowska, prof. ucz., dr hab. Wojciech Machała, prof. ucz., dr hab. Przemysław Konieczniak, dr Jacek Malczewski, dr Ewa Plebanek, dr Joanna Różyńska

Redaktorzy techniczni: mgr Michał Kropiwnicki, mgr Ryszard Przewoźniak

Skład i korekta: dr Joanna Plużańska

Projekt okładki: CORNERIA

Wydawca: Warszawski Uniwersytet Medyczny, ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa

Adres redakcji: Warszawski Uniwersytet Medyczny – Przegląd Prawa Medycznego,
ul. A. Pawińskiego 3, 02-106 Warszawa

Spis treści

Dr hab. Anna Golonka, prof. ucz.

Uniwersytet Rzeszowski

Zaburzenia psychiczne wywołane technologią a poczytalność sprawcy czynu zabronionego	5
---	----------

Wojciech Baran

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Patrycja Bartkiewicz

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Antykoncepcja postkoitalna bez recepty. Analiza etycznych, medycznych i prawnych aspektów dostępności EllaOne	34
--	-----------

Dr hab. Maria Boratyńska, prof. ucz.

Uniwersytet Warszawski

<i>Periculum in mora</i>. Samodzielna realizacja prawa do ochrony zdrowia przez małoletniego pacjenta w wieku poniżej 16 lat	62
---	-----------

Dr Tomasz Dąbrowski

Uniwersytet Radomski im. Kazimierza Pułaskiego

Depozyt rzeczy wartościowych pacjenta. Fragmentaryczność regulacji w prawie polskim na tle prawa francuskiego	113
--	------------

Mgr Piotr Drózd

Obowiązki podmiotów leczniczych w zapewnieniu pacjentowi prawa do opieki duszpasterskiej	143
---	------------

Adrianna Zawadzka

Uniwersytet Warszawski

Odpowiedzialność za wadę instrukcyjną produktu leczniczego w reżimie odpowiedzialności za produkt niebezpieczny. Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 18 listopada 2024 roku, sygn. akt VI ACa 379/19	180
--	------------

DR HAB. ANNA GOLONKA, PROF. UCZ.

UNIWERSYTET RZESZOWSKI

ORCID: 0000-0002-0199-2203

Zaburzenia psychiczne wywołane technologią a poczytalność sprawcy czynu zabronionego

DOI: 10.70537/PPM/213889

S t r e s z c z e n i e

Opracowanie przedstawia wpływ, jaki rozwój nowoczesnych technologii wywiera na powstawanie zaburzeń psychicznych, odnoszonych do problematyki poczytalności sprawcy czynu zabronionego. Omówiono w nim zarówno nowe, opisywane w literaturze, choć jeszcze niesklasyfikowane zaburzenia psychiczne indukowane technologicznie, jak i te, które zostały już ujęte w obowiązujących klasyfikacjach zdrowia – ICD-11 i DSM-5, czyli zaburzenia hazardowe i zaburzenia związane z grami internetowymi. W oparciu o zaprezentowane przypadki spraw karnych, w których tzw. cyberzaburzenia stanowiły istotną okoliczność rozpatrywaną przez sądy w kontekście niepoczytalności albo poczytalności w znacznym stopniu ograniczonej, sformułowano wnioski dotyczące możliwości uwzględnienia takich zaburzeń *de lege lata* jako przyczyn tych stanów. Podjęto w nim również próbę analizy problematyki uzależnienia sprawcy przestępstwa od nowoczesnych technologii, traktując ją jako zagadnienie komplementarne z perspektywy prawa karnego w stosunku do kwestii poczytalności. W konkluzji, opierając się na analizie przeprowadzonej metodą formalno-dogmatyczną, zaprezentowano również podejście perspektywiczne, ukazujące wybrane cyberzaburzenia, jako potencjalną genezę niepoczytalności, albo ograniczonej poczytalności. Celem opracowania jest ukazanie realnych zagrożeń, jakie dla zdrowia psychicznego niesie rozwój nowoczesnych technologii oraz problemów, które rodzą się w kontekście od-

powiedzialności karnej. Ponadto zasygnalizowano potrzebę prowadzenia bieżącej, interdyscyplinarnej debaty naukowej, uzasadnionej zarówno dynamicznym rozwojem technologii, jak i rosnącą liczbą przypadków wskazujących na jej wpływ na stan psychiczny jednostki, także w kontekście prawnokarnym.

Słowa kluczowe: zaburzenia hazardowe, zaburzenia związane z grami internetowymi, nowoczesne technologie, niepoczytalność, poczytalność ograniczona, cyberzaburzenia

1. Wprowadzenie

Rozwój i nieustanny postęp w dziedzinie technologii są domeną współczesnych czasów. Korzystanie z narzędzi zapewniających dostęp do Internetu stało się wręcz standardem naszego codziennego życia, a możliwości, jakie stwarzają nowoczesne technologie takie, jak: sztuczna inteligencja (*Artificial Intelligence*, AI), rzeczywistość rozszerzona lub wirtualna (*Extended/ Augmented Reality*, XR/AR, *Virtual Reality*, VR), technologia blockchain (*Blockchain Technology*, BT), Internet rzeczy (*Internet of Things*, IoT) czy Internet 5G, doceniamy w zasadzie wszyscy (w mniej lub bardziej świadomy sposób)¹. Zagadnienia związane z nowoczesnymi technologiami były już wielokrotnie opisywane w literaturze – w różnych aspektach, w tym także prawnym. Podobnie, jak tematyka niepoczytalności i poczytalności w znacznym stopniu ograniczonej, która doczekała się już niejednego opracowania. Nie podejmowano w nich jednak analizy uwzględniającej wpływ, jaki niewłaściwe używanie lub nadużywanie wspomnianych technologii może mieć na zdolność rozpoznania znaczenia czynu lub pokierowania swoim postępowaniem – słowem – na poczytalność². Tymczasem

¹ N. Dugal, *What Are the Top 25 Emerging Technologies in 2025?* (aktualizacja 8 maja 2025 r.), <https://www.simplilearn.com/top-technology-trends-and-jobs-article>, [dostęp: 12 maja 2025 r.].

² W piśmiennictwie prawnokarnym opisywano m.in. kwestie dotyczące uwzględnienia używania AI w ramach typizacji czynów zabronionych, np. W. Filipkowski, *Prawo karne wobec sztucznej inteligencji* [w:] *Prawo sztucznej inteligencji*, red. L. Lai, M. Świerczyński, Warszawa 2020, s. 123-124; a także w kontekście zasad odpowiedzialności karnej, np.: T. Kuźma, *E-waga: prawo karne w nowej erze AI* [w:] P. Dolniak,

postępujący rozwój w dziedzinie technologii może nasuwać uzasadnione wątpliwości dotyczące związku zaburzeń psychicznych ze stanem zdrowia psychicznego, w tym także sprawcy czynu zabronionego. Precyzyjniej rzecz ujmując, pozwala to postawić pytanie, czy takie technologie mogą stanowić przyczynę zniesienia albo ograniczenia w znacznym stopniu zdolności rozpoznania znaczenia czynu, lub pokierowania swoim postępowaniem przez sprawcę czynu zabronionego. Już na wstępie godzi się przy tym zaznaczyć, iż dotyczy to prawnokarnego uzasadnienia, bowiem zarówno w świetle badań psychopatologicznych i psychologicznych, jak i – w pewnym zakresie – wedle obowiązujących klasyfikacji zdrowia, zagadnienie to pozostaje bezdyskusyjne. Przyjdzie zresztą odnieść się do tego jeszcze bardziej szczegółowo w niniejszym opracowaniu. Rozpocząć je wypada zaś od poruszenia (choć w ogólnym zarysie) kwestii związanych z pojęciem nowoczesnych technologii oraz nomenklaturą odnoszącą się do zaburzeń indukowanych technologicznie lub – jak przyjęto w opracowaniu – w skrócie cyberzaburzeń psychicznych. W tym zakresie szczególnie warte omówienia będą te zaburzenia, które wiążą się ze stanem zależności oraz odpowiadają charakterystyce zaburzeń psychotycznych. Odnosi się to zarówno do już sklasyfikowanych zaburzeń, jak i tych, których zasadność uwzględnienia w klasyfikacjach chorób postulują przedstawiciele psychiatrii klinicznej.

2. Nowoczesne technologie i kwestie etymologiczne dotyczące cyberzaburzeń psychicznych

Nowoczesne technologie, zwane także „nowymi technologiami”, „technologiami informacyjno-komunikacyjnymi (TIK)”, lub z języka angielskiego – „wschodzącymi technologiami” (*Emerging Technologies*, ET)³, są dość powszechnie stosowanymi określeniami. Jak wskazuje się w fachowym piśmiennictwie, oznaczają one: „zbiór narzędzi, aplikacji i systemów

T. Kuźma, A. Ludwiński, K. Wasik, *Sztuczna inteligencja w wymiarze sprawiedliwości. Między prawem a algorytmami*, Warszawa 2024, s. 189-217.

³ J. Philip, *A perspective on embracing emerging technologies research for organizational behavior*, „Organization Management Journal” 2022, t. 19, nr 3, s. 88-98.

komputerowych służących do przetwarzania, przechowywania i przesyłania informacji. Są to innowacyjne rozwiązania, które umożliwiają nam korzystanie z różnych funkcji i usług w sposób szybki, wygodny i efektywny⁴. Trafnie podniesiono przy tym, iż: „Zdefiniowanie (...) co jest postrzegane jako nowe, podlega oczywiście ciągłej redefinicji, w miarę podejmowania kolejnych zmian w technologii”⁵. Wobec tego zarówno wykaz takich technologii, jak i nadawana im ranga nie są już jednolicie ujmowane – zwłaszcza na poświęconych tym zagadnieniom stronach internetowych, publikujących corocznie zestawienia „top trendów” w zakresie ET. Faktem pozostaje natomiast ich coraz powszechniejsze wykorzystywanie (czego przykładem mogą być, chociażby technologie wymienione na wstępie), jak i to, że niezmiennie od kilku lat prym w tym zakresie wiedzy AI – obecnie, zwłaszcza ze wskazaniem na generatywną sztuczną inteligencję. Mowa o systemach AI, w których sztucznie wykreowane sieci neuronowe pozwalają na symulowanie mechanizmu działania zbliżonego do ludzkiego mózgu, dzięki czemu systemy te są w stanie odpowiednio odbierać i przetwarzać zasób dostarczonych informacji⁶. Samą AI, ograniczając to zagadnienie z oczywistych względów do niezbędnego minimum⁷, można zdefiniować tutaj jako systemy, które wykazują inteligentne zachowanie poprzez analizę swojego otoczenia i – z pewnym stopniem autonomii – są zdolne do podejmowania działań ukierunko-

⁴ O. Wielochowska, *Encyklopedia Zarządzania*, https://mfiles.pl/pl/index.php/Nowe_technologie, [dostęp: 15.05.2025 r.].

⁵ *New technology: Overview, definition, and example*, <https://www.cobrief.app/resources/legal-glossary/new-technology-overview-definition-and-example/>, [dostęp: 06.06.2025 r.].

⁶ J. Kaplan, *Generatywna AI. Wszystko, co warto wiedzieć*, Warszawa 2025, s. 47-52.

⁷ Wypada wskazać na definicję legalną „systemu AI” zawartą w art. 3 pkt 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2024/1689 z 13 czerwca 2024 r. w sprawie ustanowienia zharmonizowanych przepisów dotyczących sztucznej inteligencji oraz zmiany rozporządzeń (WE) nr 300/2008 (Dz.Urz. UE L 1689 z 12 lipca 2024 r., ELI: <http://data.europa.eu/eli/reg/2024/1689/oj>), w świetle której jest to: „system maszynowy, który został zaprojektowany do działania z różnym poziomem autonomii po jego wdrożeniu oraz który może wykazywać zdolność adaptacji po jego wdrożeniu, a także który – na potrzeby wyraźnych lub dorozumianych celów – wnioskuje, jak generować na podstawie otrzymanych danych wejściowych wyniki, takie jak predykcje, treści, zalecenia lub decyzje, które mogą wpływać na środowisko fizyczne lub wirtualne”.

wanych na osiągnięcie zakładanych celów⁸. Oprócz zaawansowanych technologii uczenia maszynowego i głębokiego uczenia, które są oparte na „algorytmach samoucących się”, definicja ta dopuszcza również inne technologie, które są zresztą niekiedy utożsamiane z AI⁹. W kontekście podnoszonej tutaj problematyki, warto wspomnieć zwłaszcza o rzeczywistości rozszerzonej (XR). W istocie ten ogólny termin obejmuje jednak różne technologie, „które poprawiają lub rozszerzają postrzeganie świata rzeczywistego przez użytkownika, w tym rzeczywistość wirtualną (VR), rzeczywistość rozszerzoną (AR) i rzeczywistość mieszaną (MR)”¹⁰. Z uwagi na specyfikę tej technologii określa się ją jako: „pomost między środowiskiem rzeczywistym a wirtualnym”, której możliwości są wykorzystywane w szczególności w szkoleniach i modelowaniu projektowym, a skuteczność została potwierdzona badaniami¹¹.

Natomiast terminologia dotycząca zaburzeń psychicznych indukowanych nowoczesnymi technologiami nie jest jednolita. W tym opracowaniu została zaproponowana nomenklatura, która w sposób zwięzły, a zarazem kompleksowy pozwala uwzględnić omawiane kwestie, czyli pojęcie cyberzaburzeń psychicznych. Obejmuje ono bowiem te zaburzenia psychiczne, które zostały w przeważającej mierze spowodowane niewłaściwym lub nadmiernym korzystaniem z technologii – głównie z Internetu (a w ślad za tym m.in. z gier, aplikacji, mediów społecznościowych) lub urządzeń cyfrowych. Warto dodać, iż termin ten nie jest obcy również polskiemu piśmiennictwu, skoro już się nim posługiwano w opracowaniach naukowych¹². Jest on przy tym uzasadniony z języko-

⁸ H. Sheikh i in., *Mission AI. The New System Technology*, Haga 2023, s. 19.

⁹ Ibidem.

¹⁰ T. Parys, *Technologie ICT i ich wpływ na życie człowieka i społeczeństwa- wybrane problemy*, „Studia i Materiały” 2024, tom 1, nr 40, s. 108.

¹¹ Ibidem.

¹² Por. M.Z. Jędrzejko, A. Taper, T. Kozłowski, *Cyberzaburzenia, cyberuzależnienia*, Ostrowiec Świętokrzyski 2020, s. 11-23; S. Kania, *Cyberuzależnienia i ich profilaktyka pedagogiczna [w:] New addictions – od dopalaczy do portali społecznościowych*, red. D. Nowalska-Kapuścik, E-bookowo.pl 2016, <https://libra.ibuk.pl/reader/new-addictions-od-dopalaczy-do-portali-spolecznosciowych-dorota-nowalska>

wego punktu widzenia. Przedrostek „cyber” odnosi się bowiem do zjawisk zachodzących w cyberprzestrzeni, w komunikacji elektronicznej lub w Internecie¹³, zaś samą cyberprzestrzeń postrzega się jako: „przestrzeń aktywności ludzkiej z wykorzystaniem urządzeń elektronicznych do wytwarzania, przechowywania, przekazywania, przetwarzania i dostępu do informacji”¹⁴.

Godzi się przywołać jednak także inne określenia, jakie były używane w omawianym względzie w literaturze, a mianowicie: zaburzenia psychiczne cyfrowe (*Digital Mental Disorders*)¹⁵, choroby psychiczne wywołane technologią (*Tech-Induced Mental Illnesses*)¹⁶, zaburzenia cyberpsychiatryczne (*Cyberpsychiatric Disorders*)¹⁷, wirtualne zaburzenia zdrowia psychicznego (*Virtual Mental Health Disorders*)¹⁸, zaburzenia związane z technostresem (*Technostress-Related Disorders*)¹⁹. Nawet ich pobieżna analiza pozwala dostrzec, iż definicje te kładą nacisk na nieco inne obszary zagadnienia lub kategorie zaburzeń. Podobnie, jak brak jest homogeniczności terminolo-

kapuscik-155921, s. 240, [dostęp: 18.05.2025 r.]; M. Jedrzejko, *Czy technologie cyfrowe uzależniają? Rozważania nie tylko pedagogiczne* [w:] *Selected Issues and Trends of Contemporary Digital Education*, red. M. Apte-korz, E. Bowdur, Katowice 2014, s. 13.

¹³ O. Wasiuta, S. Wasiuta, *Encyklopedia bezpieczeństwa. Tom 5*, Kraków 2022, s. 162.

¹⁴ P. Dela, *Teoria walki w cyberprzestrzeni*, Warszawa 2020, s. 35.

¹⁵ S. Shah, W. Jack, *International and Islamic Legal Approaches to Insanity in Cyber Offenses: Bridging Gaps between Medical Law and Modern Banking Practices*, https://www.researchgate.net/profile/William-Jack-9/publication/391454131_International_and_Islamic_Legal_Approaches_to_Insanity_in_Cyber_Offenses_Bridging_Gaps_between_Medical_Law_and_Modern_Banking_Practices/links/6818e20b-bd3f1930dd6c849a/International-and-Islamic-Legal-Approaches-to-Insanity-in-Cyber-Offenses-Bridging-Gaps-between-Medical-Law-and-Modern-Banking-Practices.pdf, [dostęp: 12.05.2025 r.]; J. Torous i in., *The Growing Field of Digital Psychiatry: Current Evidence and the Future of Apps, Social Media, Chatbots, and Virtual Reality*, „World Psychiatry” 2021, t. 20, nr 3, s. 318-335, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8429349/>.

¹⁶ P. Upadhyaya, A. Vrinda, *Impact of technostress on academic productivity of university students*, „Education and Information Technologies” 2021, t. 26, s. 1647–1664; J. Löchner i in., *Digital Interventions in Mental Health: An Overview and Future Directions*, „Internet Interventions” 2025, t. 40 (100824), s. 1-8.

¹⁷ S. Grover, A. Shouan, *Cyberpsychiatric Disorders: An Overview of Assessment and Management*, „Journal of Mental Health and Human Behaviour” 2020, t. 25, nr 2, s. 76-92.

¹⁸ O. Olatunji i in., *Extended Reality for Mental Health Evaluation: A Scoping Review*, arXiv 2022, <https://arxiv.org/abs/2204.01348>, [dostęp: 10.05.2025 r.].

¹⁹ S.Y. Kim i in., *Technostress Causes Cognitive Overload in High-Stress People: Eye tracking analysis in a virtual kiosk test*, „Information processing & management” 2022, t. 59, nr 6 (103093), s. 1-13.

gicznej w odniesieniu do samych zaburzeń, tak i nie ma jednomysłowości w kwestii zasadniczych przyczyn, jakie mogą je wywoływać. Uzasadnia to stwierdzenie, iż nie można wskazać na jedną, konkretną i zasadniczą ich przyczynę – ani nawet na jeden rodzaj technologii je wywołującej (przynajmniej tak dalece, jak nie próbować sprowadzić wszystkiego do terminu „nowoczesne technologie”). Niemniej, należy przytoczyć wskazywane w tej mierze różne rodzaje zaburzeń – warunkowane ich etiopatogenezą – chociażby takie, jak: cyfrowe przeciążenie informacyjne (*Digital Overload*) i techno-stres (*Technostres*)²⁰, cyberchondria²¹, psychozy cyfrowe (*Cybersychosis*)²², nomofobia (skrót od: *No Mobile Phobia*), czyli fobia (paniczny lęk) wywołany brakiem dostępu do telefonu – odczuwany np. w sytuacji rozładowanej baterii, nie wspominając o przypadku uszkodzenia lub zgubienia telefonu²³, „Syndrom Google’a”, czy zaburzenia związane z szeroko pojętym używaniem gier. Te ostatnie zostały przy tym uwzględnione w obowiązujących kwalifikacjach chorób i problemów zdrowotnych, wobec czego zasługują na poświęcenie im odpowiednio więcej uwagi. Jako takie, w pierwszej kolejności powinny bowiem uzasadniać wyprowadzenie stosownych wniosków w zakresie zniesienia albo ograniczenia poczytalności sprawcy przestępstwa.

3. Sklasyfikowane zaburzenia cyfrowe

Jak podniesiono powyżej, cyberzaburzenia psychiczne nie stanowią konkretnej jednostki nozologicznej w żadnej z obowiązujących Klasyfikacji,

²⁰ E. Marsh, *Exploring Techno-Stress and Digital Overload*, „Institute of Internal Communication” 2023, <https://www.ioic.org.uk/resource/exploring-techno-stress-and-digital-overload-with-elizabeth-marsh.html>; N. Dragano, T. Lunau, *Technostress at work and mental health: concepts and research results*, „Current Opinion in Psychiatry” 2020, t. 33, nr 1, s. 407-413.

²¹ A. Vujić i in., *Are Cyberchondria and Intolerance of Uncertainty Related to Smartphone Addiction?*, „International Journal of Mental Health and Addiction” 2024, t. 22, s. 3361-3379.

²² R.H. Thomson i in., *Combating the Effects of Cyber-Psychosis: Using Object Security to Facilitate Critical Thinking* (preprint), <https://doi.org/10.48550/arXiv.2503.16510>, [dostęp: 18.05.2025 r.].

²³ E. Vagka i in., *Smartphone Use and Social Media Involvement in Young Adults: Association with Nomophobia, Depression Anxiety Stress Scales (DASS) and Self-Esteem*, „International Journal of Environmental Research and Public Health” 2024, t. 21, z. 7(920), s. 1-16; O. Zur, *Feel Anxiety When Separated from Your Phone? Is It Digital Malaise or Nomophobia?*, „Telehealth.org” 2024, <https://telehealth.org/digital-burnout-phone-addiction-nomophobia/>, [dostęp: 12.05.2025 r.].

tj. ani w ICD-10 i ICD-11²⁴, ani w DSM-V²⁵. Wątpliwie zresztą, czy uzasadnione byłoby wprowadzenie wyłącznie pojedynczej jednostki nozologicznej (chorobowej), a nade wszystko – czy byłoby to celowe. Ponadto zaburzenia te dotyczą szerokiego spektrum ET i z psychopatologicznego punktu widzenia, mogą niekiedy odpowiadać raczej całemu zespołowi symptomatologicznemu (objawowemu), niż jednej, konkretnej chorobie. Co więcej, nawet gdy chodzi o sklasyfikowane zaburzenia, to w istocie obejmują one szeroki zakres (jakościowo i ilościowo) odmiennych stanów. Mowa o zaburzeniach hazardowych oraz zaburzeniach związanych z grami internetowymi, które – wbrew podstawowemu ujęciu klasyfikacyjnemu – mogą stanowić nie tylko zaburzenia od gier *sensu stricto*²⁶, ale ponadto mogą także prowadzić do innych zaburzeń, chociażby takich, jak zaburzenia afektywne dwubiegunowe typu I lub II. Niemniej, nawet w wąskim ujęciu wspomniane zaburzenia stanowią poważne zaburzenia.

W świetle amerykańskiej klasyfikacji – DSM-V, zaburzenia hazardowe (*Gambling Disorder*) zalicza się do zaburzeń związanych z substancjami i uzależnień²⁷. Jak sygnalizowano, odzwierciedla to: „dowody na to, że zachowania związane z hazardem aktywują układy nagrody, podobne do tych aktywowanych przez narkotyki i wywołują pewne objawy behawioralne, które wydają się porównywalne do wytworzonych przez zaburze-

²⁴ Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*, ICD-10). W Polsce jest nadal stosowana ICD-10, a 11. Rewizja ICD jest obecnie wdrażana – por. Ministerstwo Zdrowia, „Odpowiedzi na zadawane pytania dotyczące ICD-11”, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/pytania-i-odpowiedzi-icd-11>, [dostęp: 20.06.2025 r.]; P. Krawczyk, Ł. Świącicki, *ICD-11 vs. ICD-10 – przegląd aktualizacji i nowości wprowadzonych w najnowszej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób WHO*, „Psychiatria Polska” 2020, t. 54, nr 1, s. 7-20.

²⁵ Klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, V-ta rewizja (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM), a także: J. Morrison, *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*, red. wyd. polskiego J. Heitzman, Kraków 2016, s. 13-30.

²⁶ Przykładowo w ICD-11 są to: szkodliwe granie (*Hazardous gaming*, QE22), zaburzenia hazardowe (*Gambling Disorder*), które wiąże się z obstawianiem pieniędzy, zaburzenia psychotyczne – afektywne dwubiegunowe (6A60 oraz 6A61). Warto dodać przy okazji, że pierwsza z kategorii zaburzeń, jeżeli odpowiadałaby istocie stanu odurzenia, mogłaby uzasadniać zastosowanie art. 31 § 3 k.k.

²⁷ American Psychiatric Association, *Desk reference kryteria diagnostyczne DSM-5-TR*, red. wyd. polskiego P. Galecki, Wrocław 2024, s. 199.

nia związane z używaniem substancji”²⁸. Skoro zatem: „hazard, podobnie jak używanie substancji, aktywuje ośrodki nagrody w mózgu (brzuszną część prążkowiec), w których neuroprzekaźnikiem jest dopamina. Wyjaśnia to, dlaczego w DSM-5 patologiczny hazard przeniesiono w jego obecne miejsce (...) Większość graczy informuje o uczuciu odurzenia lub pobudzenia podczas epizodu – trzeba zwykle kilku lat, aby zachowanie to stało się patologiczne”²⁹. Jednocześnie coraz powszechniejszy dostęp do Internetu sprawił, że w literaturze przedmiotu zaczęto wyróżniać zmodyfikowaną formę tego zaburzenia, określaną mianem hazardu internetowego³⁰, bądź hazardu online³¹, uznając, rzecz jasna, ich odrębność od funkcjonującego również na gruncie DSM-5 zaburzenia związanego z graniem w gry internetowe (*Internet Gaming Disorder*, dalej jako: IGD). To ostatnie zostało umieszczone w Sekcji III klasyfikacji DSM-V, a więc ze wskazaniem na jego „dalsze badania, zanim zostanie ono oficjalnie uznane”³². Zostało ono dodane na podstawie recenzji, głosowania, około 250 publikacji naukowych oraz rosnącego ryzyka medycznego związanego z IGD³³. Rozważano przy tym jego uwzględnienie w ramach zaburzeń uzależnień niezwiązanych z substancjami psychoaktywnymi³⁴, chociaż sugerowano także, że problematyczne korzystanie z Internetu – z cechami kompulsywnego grania w gry, powinno zostać sklasyfikowane jako zaburzenie kontroli impulsów³⁵. W tym względzie brak jest zatem jednomyślności. Natomiast przeważająca większość naukowców pozostaje zgodna co do tego, że IGD wymaga dalszych pogłębionych ba-

²⁸ Ibidem.

²⁹ J. Morrison, *DSM-5 bez tajemnic...*, s. 517.

³⁰ Hazard internetowy definiuje się jako obstawianie zakładów i granie za pośrednictwem urządzeń z dostępem do Internetu, takich jak komputery, telefony komórkowe i telewizja cyfrowa – por. S. Bae i in., *Comparison of brain connectivity between Internet gambling disorder and Internet gaming disorder: A preliminary study*, „Journal of Behavioral Addictions” 2017, t. 6(4), s. 505.

³¹ N. Mallorquí-Bagué i in., *Internet gaming disorder and online gambling disorder: Clinical and personality correlates*, „Journal of Behavioral Addictions” 2017, t. 6(4), s. 669.

³² N.R. Kim i in., *Characteristics and Psychiatric Symptoms of Internet Gaming Disorder among Adults Using Self-Reported DSM-5 Criteria*, „Psychiatry Investigation” 2016, t. 13(1), s. 58-59.

³³ Ibidem, s. 58.

³⁴ Ibidem.

³⁵ S. Bae i in., *Comparison...*, s. 505-506 i powołana tam literatura.

dań, w szczególności w zakresie kryteriów diagnostycznych³⁶. Zgodnie z DSM-V diagnoza zaburzeń związanych z grami internetowymi wymaga związku przyczynowego pomiędzy używaniem gier a „znacznym upośledzeniem lub dolegliwościami” (*significant impairment or distress*) w funkcjonowaniu, do których ma ono prowadzić. Ponadto konieczne jest rozpoznanie co najmniej 5 z następujących objawów: zaabsorbowanie grami; objawy odstawienia (smutek, lęk, drażliwość), gdy granie zostaje przerwane lub niemożliwe; potrzeba spędzania większej ilości czasu na grach, aby zaspokoić potrzebę ich używania (zwiększona tolerancja); niemożność ograniczenia gry; nieudane próby zaprzestania używania gier; rezygnacja z innych zajęć, utrata zainteresowania wcześniej lubianymi aktywnościami z powodu gier; kontynuowanie gry pomimo ww. problemów; oszukiwanie najbliższych, co do ilości czasu spędzanego na grach; wykorzystanie gier w celu rozładowania negatywnego nastroju, takiego jak poczucie winy lub beznadzieja; ryzyko utraty pracy lub więzi rodzinnych wynikające z zaniedbywaniem obowiązków zawodowych i rodzinnych³⁷. Warto dodać, iż zasadność wprowadzenia takich zaburzeń do klasyfikacji DSM-V motywowano rosnącą skalą występowania takich zaburzeń, zwłaszcza u młodych ludzi, która w świetle dostępnych wówczas badań miała wahać się w przedziale od 0,3% do 46%³⁸. Zarówno badania powołane przez orędowników prowadzenia ICD, jak i sama charakterystyka tych zaburzeń stały się jednak przedmiotem otwartej dyskusji w kręgu specjalistów w dziedzinie psychiatrii. Trafnie podnoszono bowiem, że w uzasadnieniu nie powołano się na aktualne badania, a w każdym razie powołano się na te, w których nie rozróżniono jeszcze gier offline i online (te drugie uznaje się za stwarzające większe niebezpieczeństwo uzależnienia). Z kolei

³⁶ N.A. Dowling, *Issues raised by the DSM-5 Internet gaming disorder classification and proposed diagnostic criteria*, „Addiction” 2014, t. 109(9), s. 1409; N. Mallorquí-Bagué i in., *Internet gaming...*, s. 672-674; T. Luo i in., *Diagnostic Contribution of the DSM-5 Criteria for Internet Gaming Disorder*, „Frontiers in Psychiatry” 2022, t. 12 (777397), s. 5-6.

³⁷ N.M. Petry, F. Rehbein, Ch.H. Ko i Ch.P. O'Brien, *Internet Gaming Disorder in the DSM-5*, „Current Psychiatry Reports” 2015, t. 17, nr 72, s. 1-9, a także: J. Morrison, *DSM-5® bez tajemnic...*, s. 518-520, w tym opis przypadku Randy Potera.

³⁸ A.K. Przybylski, N. Weinstein, K. Murayama, *Internet Gaming Disorder: Investigating the Clinical Relevance of a New Phenomenon*, „The American Journal of Psychiatry” 2017, t. 174, nr 3, s. 230.

w rezultacie stosowania elastycznych kryteriów oceny, w praktyce może być trudne wyznaczenie „granicy” pomiędzy pasją (niestanowiącą uzależnienia) a patologią. Wreszcie powyższym danym statystycznym zarzucono, że uzyskano je w wyniku badań opartych na zastosowaniu niewłaściwej metodologii, nasuwającej zastrzeżenia próbie badawczej i charakterze samych badań (badania ankietowe – nie kliniczne), które mogą nie prowadzić do uzyskania wiarygodnych wyników³⁹. Faktem pozostaje jednak, że w późniejszym czasie prowadzono badania nienasuwające już takich obiekcji. Potwierdziły one tezę, że w skali globalnej zagrożeń związanych z zaburzeniem od gier nie należy lekceważyć, skoro może na nie cierpieć ok. 4,5% populacji⁴⁰, lub – według innych danych – nawet 9,9%⁴¹.

Problem okazuje się na tyle istotny i aktualny, że zaburzenie to – jako *Gaming Disorder* (dalej jako: GD) zostało sklasyfikowane również w najnowszej – 11. rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, ICD-11), z kodem: 6C51⁴². W jej ujęciu, zaburzenie to charakteryzuje się: „wzorcem uporczywego lub nawracającego zachowania związanego z grami (»gry cyfrowe« lub »gry wideo«), które może występować online (tj. przez internet) lub offline”. Objawami, zgodnie z ICD-11, są: upośledzona kontrola nad grami (np. początek, częstotliwość, intensywność, czas trwania, zakończenie, kontekst); rosnący priorytet nadanym grom w takim stopniu, że mają one pierwszeństwo przed innymi zainteresowaniami życiowymi i codziennymi czynnościami oraz kontynuacja lub eskalacja ich używania pomimo wystąpienia negatywnych konsekwencji. Dla potencjalnej diagnozy nie ma przy tym znaczenia, czy występowały one w sposób ciągle, czy epizodyczny. ICD-11 wymaga jedynie, by występowały one w okresie co najmniej 12 miesięcy (z zastrzeżeniem jednak, iż wymagany czas trwania może zostać skrócony, jeśli spełnione są wszystkie wymagania diagnostyczne, a objawy są poważne).

³⁹ Ibidem.

⁴⁰ T. Luo i in., *Diagnostic...*, s. 1-6.

⁴¹ P.K.H. Chew, Ch.M.H. Wong, *Internet Gaming Disorder in the DSM-5: Personality and Individual Differences*, „Journal of Technology in Behavioral Science” 2022, t. 7, s. 516.

⁴² <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#1448597234>, [dostęp: 13.10.2025 r.].

Jednocześnie wspomniana klasyfikacja uznaje GD za jedno z zaburzeń „spowodowanych używaniem substancji lub zachowaniami uzależniającymi”, w której to kategorii sklasyfikowano zresztą również zaburzenia hazardowe (*Gambling disorder*, 6C50)⁴³.

Ten opis, w stosunku do DSM-V, jest więc bardziej syntetyczny⁴⁴, chociaż prowadzi do tych samych konkluzji, a mianowicie, że GD wykazuje wiele podobieństw do innych stanów (*sensu largo*) zależności od substancji odurzających. Ten zaś, opierając się na prowadzonych w tym kierunku badaniach, stanowi jedną z najczęstszych przyczyn opiniowania przez biegłych psychiatrów sądowych o poczytalności w znacznym stopniu ograniczonej sprawcy czynu zabronionego (art. 31 § 2 k.k.)⁴⁵. Tym samym, podobnie jak w przypadku stanu zależności np. od alkoholu, u jego podstaw leżą m.in. pewne neuronalne mechanizmy zachowań nałogowych⁴⁶.

Zanim przyjdzie jednak poruszyć kwestie karnomaterialne, warto odwołać się do kontekstu socjologiczno-prawnego. Jego ukazanie uzasadnia bowiem podstawowy wniosek, a mianowicie, iż marginalizowanie problemu z powodu samej tylko (nadal niewysokiej) liczby postępowań karnych, zwłaszcza tych, jakie toczyły się w Polsce i wiązały z omawianymi zaburzeniami (głównie hazardowymi)⁴⁷, byłoby co najmniej mało perspektywiczne.

Dane potwierdzają niezbiecie, że problemy ze zdrowiem psychicznym wynikające z niewłaściwego używania, albo nadużywania Internetu (i wszelkich dostępnych tą drogą form rozrywki), stanowią poważ-

⁴³ W rozdziale 6 ICD-11: „Zaburzenia psychiczne, behawioralne lub neurorozwojowe”.

⁴⁴ Mając na uwadze także specyfikę ICD-11 (względem ICD-10), która wyraża się m.in. przejściem: „od kategorialnego ujmowania zaburzeń i dzielenia ich na poszczególne postacie do zaakcentowania ich nasilenia oraz wymiarowości. Zatem istotne jest przede wszystkim to, w jakim stopniu nasilone są zaburzenia i w jakich aspektach” – P. Majewicz, *ICD-11 – Implikacje w badaniach i praktyce psychologiczno-pedagogicznej*, „Lubelski Rocznik Pedagogiczny” 2023, t. XLII, z. 1, s. 130.

⁴⁵ A. Golonka, *Niepoczytalność i poczytalność ograniczona*, Warszawa 2013, s. 256-270.

⁴⁶ M. Gola, *Neuronalne mechanizmy zachowań nałogowych* [w:] *Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zywane nałogi behawioralne*, red. B. Habrat, Warszawa 2016, s. 54-66.

⁴⁷ M. Wysocki, *Polskie sądy kontra gracje – 11 spraw, w których chodziło o gry*, <https://www.gry-online.pl/opinie/polskie-sady-kontra-gracje-11-spraw-w-ktorych-chodzilo-o-gry/zf7f2>, [dostęp: 14.06.2025 r.].

ne wyzwanie XXI wieku⁴⁸, szczególnie wśród młodzieży. Przykładowo badania przeprowadzone przez „Alto Intelligence” pod kierunkiem konsultanta krajowego dra San Carlosa na grupie hiszpańskiej młodzieży w wieku 11-20 lat, wykazały związek gwałtownego wzrostu szeroko pojętych zaburzeń psychicznych – aż o 300% w grupie chłopców, w 2022 r. w stosunku do roku 1997 r. Wykazały one także, iż czynnikami tego wzrostu były przede wszystkim: dostęp do szybkiego Internetu, do urządzeń elektronicznych od wczesnego dzieciństwa i korzystanie z platform (*social media*, usługi wirtualne), zaprojektowanych w celu maksymalizacji zaangażowania młodzieży i przyciągnięcia jej uwagi⁴⁹. Z kolei w polskich realiach raport NASK: „Nastolatki 3.0” z 2023 r. wykazał podatność młodzieży na uzależnienie od Internetu (obawę o to wyraziło ponad 30% nastolatków), znaczący wzrost Problematicznego Używania przez nich Internetu (8,3%) oraz doświadczenia nastolatków związane z różnymi formami cyberprzemocy (np. wyzwiskami – 38%, poniżaniem – 22,2%, czy zastraszaniem 16%)⁵⁰. Problemy związane zarówno z rosnącą skalą zjawiska cyberprzemocy (w tym z *cyberstalkingiem* i *cyberbullingiem* wśród nastolatków)⁵¹, jak i zaburzeniami związanymi z grami internetowymi są więc dostrzegane także w rodzimym piśmiennictwie fachowym⁵².

Natomiast z perspektywy prawnokarnej opisane zaburzenia (w tym hazardowe lub związane z graniem w gry internetowe) nasuwają oczywiste pytanie o możliwość ich uwzględnienia jako przyczyny zniesienia albo

⁴⁸ M.Z. Jędrzejko, A. Taper, T. Kozłowski, *Cyberzaburzenia...*, s. 11-64.

⁴⁹ CyberGuardians, *Research: Internet Use & Mental Illness in Children & Adolescents in Spain 1997 – 2022*, https://www.cyber-guardians.org/wp-content/uploads/2025/03/250218_CyberGuardians_Research_Briefing_EN.pdf, s. 8-20, [dostęp: 08.05.2025 r.]. Badania w Wielkiej Brytanii na grupie ponad 16000 nastolatków wykazały u 32,6% (5429/16 655) pozytywne objawy lęku i depresji – W.S. Mabaso i in., *Exploring the Relationship Between Public Social Media Accounts, Adolescent Mental Health, and Parental Guidance in England: Large Cross-Sectional School Survey Study*, „Journal of Medical Internet Research” 2024, t. 26 (57154).

⁵⁰ Raport z ogólnopolskiego badania uczniów i rodziców – Raport NASK: „Nastolatki 3.0”, red. R. Lange, 2023, <https://www.gov.pl/web/baza-wiedzy/mlodziez-w-internecie---raport-nastolatki-31>, s. 51-63, 108-115, 191-197, [dostęp: 14.06.2025 r.].

⁵¹ B. Hołyst, *Kryminologia*, Warszawa 2022, s. 537-539.

⁵² Por. np. P. Grajewski, M. Dragan, *Polish validation of the Internet Gaming Disorder-20 (IGD-20) Test*, „Psychiatria Polska” 2021, t. 55, z. 6, s. 1275-1292.

ograniczenia w znacznym stopniu zdolności rozpoznania znaczenia czynu lub pokierowania swoim postępowaniem przez sprawcę czynu zabronionego, a tym samym zastosowania art. 31 § 1 albo 2 k.k.

4. Cyberzaburzenia jako źródło niepoczytalności albo poczytalności w znacznym stopniu ograniczonej

W pierwszej kolejności wypada jednak przypomnieć, iż przyczyną (genezą) niepoczytalności, zgodnie z art. 31 § 1 k.k. może być: choroba psychiczna, upośledzenie umysłowe lub inne zakłócenie czynności psychicznych⁵³. Jednocześnie – wobec braku wyraźnego wskazania w § 2 powołanego artykułu (poczytalność w znacznym stopniu ograniczona) na genezę tego stanu, wypada opowiedzieć się za szerokim ujęciem zakłóceń czynności psychicznych mogących prowadzić do ograniczenia w znacznym stopniu zdolności rozpoznania znaczenia czynu lub pokierowania swoim postępowaniem przez sprawcę przestępstwa⁵⁴. Mając zaś na uwadze wskazane cyberzaburzenia i odnosząc je do brzmienia art. 31 § 1 k.k., można by było przyjąć, iż w świetle polskiego k.k. *de lege lata* zaburzenia wywołane nowoczesnymi technologiami powinny być uznane za „inne zakłócenie czynności psychicznych”, albo – rzadziej – za chorobę psychiczną. Na taką konkluzję pozwalałaby szczególnie akceptacja – bądź co bądź dominującego w piśmiennictwie prawnokarnym poglądu, zgodnie z którym, znamię to należy interpretować szeroko, czyli uwzględniać w jego ramach wszystkie stany (zarówno patologiczne, jak i niepatologiczne, czyli „fizjologiczne”)⁵⁵. Jako takie cyberzaburzenia psychiczne mogłyby więc stanowić przyczynę zniesienia albo – co bardziej prawdopodobne – ograni-

⁵³ Art. 31 § 1 k.k.: „Nie popełnia przestępstwa, kto, z powodu choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innego zakłócenia czynności psychicznych, nie mógł w czasie czynu rozpoznać jego znaczenia lub pokierować swoim postępowaniem” (niepoczytalność); § 2: „Jeżeli w czasie popełnienia przestępstwa zdolność rozpoznania znaczenia czynu lub kierowania postępowaniem była w znacznym stopniu ograniczona, sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary” (poczytalność w znacznym stopniu ograniczona), t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 383 ze zm.

⁵⁴ Więcej – por. A. Golonka, *Niepoczytalność i poczytalność...*, s. 248-256.

⁵⁵ K. Patora, *Okoliczności nylączające winę* [w:] *Prawo karne materialne. Nauka o przestępstwie, ustawie karnej i karze*, red. J. Kulesza, Warszawa 2023, s. 313; A. Golonka, *Niepoczytalność i poczytalność...*, s. 129-134.

czenia w znacznym stopniu zdolności rozpoznania znaczenia czynu lub pokierowania swoim postępowaniem przez sprawcę czynu zabronionego.

Kwestia wydaje się zatem – pozornie – bezsporna, zwłaszcza w odniesieniu do zaburzeń wywołanych grami. Takie podejście, *prima facie* ucinające jakąkolwiek dyskusję, w istocie wcale nie rozwiązuje kilku kluczowych dylematów, z których pierwszy nasuwa się logicznie, w szczególności po przeanalizowaniu przypadków, w których zaburzenia związane z grami stanowiły przedmiot postępowania karnego. Mianowicie, zaburzenia takie mogą przecież być rozpatrywane także w kontekście uzależnienia, co z kolei wymagałoby ustalenia jego charakteru (nasilenia, objawów etc.). To z kolei otwierałoby pole do polemiki nad zasadnością zastosowania w takim przypadku art. 31 § 3 k.k. (stan odurzenia sprawcy). Przepis ten nakazuje przy tym rezygnację ze stosowania § 1 lub 2 art. 31 k.k., a tym samym stanowi podstawę do ponoszenia odpowiedzialności karnej na normalnych zasadach. Wobec tego nawet przyjęcie szerokiej interpretacji „innych zakłóceń czynności psychicznych” nie usuwa wszystkich wątpliwości, jakie rodzą się na tle możliwości uznania cyberzaburzeń za przyczynę stanu, o którym mowa w art. 31 § 1 k.k. Powodów tego jest kilka.

Przed wskazaniem na nie, warto jednak przytoczyć kilka przypadków opisanych w dokumentach lub przytaczanych w mediach (polskich i zagranicznych), które dodatkowo uzasadniają wagę zagadnienia perspektywy karnomaterialnej. Jak można przy tym przyjąć, ich „wspólnym mianownikiem” – poza okolicznością, iż stanowiły przedmiot rozstrzygnięcia sądów karnych – był charakter zaburzeń, które były podnoszone w postępowaniu sądowym, jako przyczyna zniesienia albo ograniczenia poczytalności w znacznym stopniu.

Przykładowo zatem, uzależnienie od gier było podnoszone np. w apelacji przez obrońcę oskarżonego o przestępstwo skarbowe z art. 107 § 1 k.k.s. w zw. z art. 9 § 3 k.k.s. (nielegalne urządzenie gier przez osobę pełniącą funkcję prezesa zarządu spółki). Obrońca, zarzucając rażącą niewspółmierność kary, wskazywał m.in. na obniżony stopień zawinienia oskarżonego, a także: „wyprowadzenie co do oskarżonego negatywnej prognozy kryminologicznej oraz umotywowanie wymiaru kary negatywnym skut-

kiem nielegalnych gier na automatach w postaci uzależnienia od hazardu wielu graczy, co jest przyczyną patologii społecznej i stanowi o wysokim stopniu społecznej szkodliwości zarzucanego oskarżonemu czynu (...)”⁵⁶. Zaburzenie to było rozpatrywane również w aspekcie wiarygodności świadka. W Sądzie Rejonowym w Sokółce (sprawa II K 673/14, wyrok z 24.07.2015 r.): „toczył się proces człowieka oskarżonego o groźby i atak na członków rodziny. Jednym ze świadków był niepełnosprawny intelektualnie syn oskarżonego. W trakcie procesu biegły psychiatra i psycholog postawili tezę, że chory świadek uzależniony od gier mógłby w swoich zeznaniach bagatelizować pełne przemocę zachowanie ojca”⁵⁷. W innym przypadku uzależnienie od gier było podnoszone w sprawie mężczyzny oskarżonego o popełnienie przestępstw komputerowych (*hacking* – art. 267 k.k. i oszustwo komputerowe – art. 287 k.k.), w której za pomocą fałszywej strony (gra *Metin2*) wyludzano hasła dostępu do kont graczy internetowych. Jeden z nich jednak: „(...) po utracie przedmiotów swojego bohatera postanowił je odzyskać. Gracz włamał się na konto, które otrzymało cały jego ekwipunek, i przerzucił owo wyposażenie do siebie. Mężczyzna został skazany za *hacking* (złamanie zabezpieczeń konta), natomiast za przejęcie przedmiotów (kwalifikowane jako oszustwo komputerowe) nie spotkała go żadna kara, ponieważ zdaniem sądu nie działał w celu osiągnięcia korzyści majątkowej” (wyrok SR dla Krakowa-Krowodrzy w Krakowie z 3.08.2012 r., sygn. II K 776/11)⁵⁸. Natomiast przed SR w Kaliszu w 2019 toczył się proces, w którym oskarżyciele powołali się na fakt uzależnienia oskarżonego od gier, jako możliwego czynnika wpływającego na ocenę rzeczywistości i poczytalność sprawcy⁵⁹.

⁵⁶ Wyrok SO w Krakowie z dnia 06.02.2019 r., sygn. IV Ka 1699/18, LEX nr 2730272.

⁵⁷ M. Wysocki, *Uzależnienie od gier komputerowych a wiarygodność świadka*, <https://www.gry-online.pl/opinie/polskie-sady-kontra-gracze-11-spraw-w-ktorych-chodzilo-o-gry/uzaleznienie-od-gier-komputerowych-a-wiarygodnosc-swiadka/zf7f2>, [dostęp: 14.06.2025 r.].

⁵⁸ M. Wysocki, *Kradzież przedmiotów w grze MMO*, https://www.gry-online.pl/opinie/polskie-sady-kontra-gracze-11-spraw-w-ktorych-chodzilo-o-gry/uzaleznienie-od-gier-komputerowych-a-wiarygodnosc-swiadka/zf7f2#NH2_3, [dostęp: 15.06.2025 r.].

⁵⁹ D. Synkiewicz, *Uzależnienie od gier komputerowych przyczyną morderstwa?*, <https://radiopoznan.fm/informacje/pozostale/uzaleznienie-od-gier-komputerowych-przyczyna-morderstwa>, [dostęp: 15.06.2025 r.].

W krajach zaawansowanych technologicznie takich, jak: Korea Południowa, Chiny czy Stany Zjednoczone opisów spraw karnych dotyczących zaburzeń związanych z grami jest znacznie więcej. Przykładowo w Korei Południowej w 2010 r. głośny medialnie był przypadek 41-mężczyzny i 25-letniej kobiety, którzy zostali oskarżeni o doprowadzenie do śmierci przez zgłodzenie swojej 3-miesięcznej córki⁶⁰. Para była uzależniona od gier internetowych do tego stopnia, że spędzała do 12 godzin w nocy w kawiarenkach internetowych, zaniedbując własne dziecko. Po jednej z takich „wizyt” zastali rano w domu martwe niemowlę. W sprawie tej sąd uznał, że młodzi rodzice cierpieli na zaburzenia związane z nadużywaniem Internetu i uwzględnił to jako okoliczność łagodzącą przy wymiarze kary. Faktem pozostaje zresztą to, iż skala problemu w Korei⁶¹ – podobnie, jak w Chinach⁶², jest bardzo poważna. W Korei Południowej doprowadziła ona nawet w 2011 r. do zmian w prawie⁶³, polegających na wprowadzeniu restrykcji związanych z używaniem przez młodzież Internetu w porach nocnych, wzorowanych zresztą na tych, jakie od trzech lat wcześniej obowiązywały w Chinach⁶⁴. Podobnie w Stanach Zjednoczonych – zaburzenia hazardowe lub związane z uzależnieniem od gier Internetowych, bywają podnoszone jako zarzut obrony i uznawane przez sąd za okoliczność łagodząca karę⁶⁵. Zaburzenie to opisywano w kontekście

⁶⁰ ABC News, *Game Addicts Arrested for Starving Baby to Death*, <https://abcnews.go.com/International/The-Law/baby-death-alleged-result-parents-online-games-addiction/story?id=10007040>, [dostęp: 18.05.2025 r.].

⁶¹ Badania dotyczące skali w Korei Południowej – por. K. Kim i K. Kim, *Internet Game Addiction, Parental Attachment, and Parenting of Adolescents in South Korea*, „Journal of Child & Adolescent Substance Abuse” 2015, t. 24, nr 6, s. 366-368.

⁶² A. Ryan, *Video Gaming Addiction: A Case Study of China and South Korea*, <https://wp.towson.edu/iajournal/2021/12/13/video-gaming-addiction-a-case-study-of-china-and-south-korea/>, [dostęp: 18.05.2025 r.].

⁶³ Dnia 19.05.2011 r. została uchwalona ustawa (*The Youth Protection Revision Act*, zwana *Shutdown Law* lub *Cinderella Law*), która wprowadziła zakaz grania w gry wideo od północy do 6 rano małoletnim poniżej 16. roku życia.

⁶⁴ System przeciwdziałania uzależnieniu od gier w Chinach uruchomiono oficjalnie dnia 26 lipca 2007 r. – więcej na: <http://tech.sina.com.cn/i/2007-07-19/16401626060.shtml>, [dostęp: 18.05.2025 r.]; D.L. King i in., *Policy and Prevention Approaches for Disordered and Hazardous Gaming and Internet Use: an International Perspective*, „Prevention Science” 2018, t. 19, s. 233-249.

⁶⁵ Por. A.W. Blum, J.E. Grant, *Legal aspects of problematic Internet usage*, „Current Opinion in Behavioral Sciences” 2022, t. 45 (101142), s. 2.

różnych przypadków – np. w sprawie *Unites States v. Borho* (2007), dotyczącej dystrybucji pedofilskiej pornografii⁶⁶. Orzekający w tej sprawie sąd I instancji zwrócił uwagę w uzasadnieniu wyroku na uzależnienie Borho od cyberpornografii, które – wprawdzie, jak przyjął, zostało zaostrzone dodatkowo przez inne choroby (somatyczną – cukrzycę i psychiczną – depresję). W rezultacie skazał on Normana Borho na zaledwie 72 miesiące pozbawienia wolności („co stanowi odchylenie w dół o 66% od dolnej granicy wytycznych dotyczących wyroków w Stanach Zjednoczonych”)⁶⁷. Natomiast w sprawie *Unites States v. Laureys* (2011)⁶⁸, obrońca oskarżonego o usiłowanie doprowadzenia do podjęcia czynności seksualnej osoby małoletniej podnosił zarzut: „uzależnienia od cyberseksu” swojego klienta, które – jak przekonywał mecenas: „uniemożliwiło mu uformowanie wymaganego zamiaru” uwiedzenia dziecka⁶⁹. Wnosił nawet o powołanie biegłego na okoliczność przejawiania zachowań potwierdzających „kompulsję seksualną w Internecie”. Faktem pozostaje jednak, iż biegły odmówił oczekiwanej diagnozy, nie znajdując do niej wystarczających podstaw.

Opisów spraw sądowych – nie tylko we wspomnianych krajach, w których zaburzenia hazardowe były podnoszone przez obronę w postępowaniu karnym, nie brakuje⁷⁰. Jak podkreślano bowiem w piśmiennictwie: „osoby uzależnione od hazardu, pomimo pewnej świadomości co do strat, jakie ponoszą, nie kontrolują swojego zachowania. Człowiek ogarnięty obsesją grania (zaczyna realizować) zachowania antyspołeczne, w tym popełnia przestępstwa”⁷¹, nawet, jeśli wiąże się to z działalnością w zorganizowanej grupie przestępczej⁷². Wśród czynników wpływających

⁶⁶ *US v. Borho*, <https://caselaw.findlaw.com/court/us-6th-circuit/1182277.html>, [dostęp: 20.05.2025 r.].

⁶⁷ A.W. Blum, J.E. Grant, *Legal aspects...*, s. 2.

⁶⁸ *US v. Laureys*, <https://caselaw.findlaw.com/court/us-dc-circuit/1609258.html>, [dostęp: 20.05.2025 r.].

⁶⁹ A.W. Blum, J.E. Grant, *Legal aspects...*, s. 2-3.

⁷⁰ Np. *Gamers Gone Wild: 10 crimes committed by gamers and why video games are being blamed for them*, <https://www.aclawgroup.com.au/blog/law-explained/continued-gamers-gone-wild-10-crimes-committed-by-gamers-and-why-video-games-are-being-blamed-for-them/>, [dostęp: 19.05.2025 r.].

⁷¹ G. Skowronek, *Hazard w ujęciu prawnym i psychologiczno-kryminologicznym*, Warszawa 2023, s. 248.

⁷² *Ibidem*, s. 249.

na wzrost zagrożeń wynikających z przestępczości związanej z zaburzeniami hazardowymi wymienia się m.in. „rozprzestrzenianie się hazardu on-line”⁷³.

Z oczywistych względów, analogiczne podejście do innych, niesklasyfikowanych cyberzaburzeń nie jest możliwe. Z kolei z uwagi na ograniczone objętościowo ramy tego opracowania, pominięte w nim zostaną aspekty psychopatologiczne, w tym badania kliniczne nad zaburzeniami funkcji poznawczych (np. dezorientacja po długotrwałym użyciu VR/AI), czy zmianami, jakie w strukturach mózgu może powodować nadużywanie lub niewłaściwe używanie nowoczesnych technologii⁷⁴. Jego meritum pozostaje wszakże rozważenie wpływu, jaki zaburzenia indukowane technologicznie mogą mieć na poczytalność sprawcy czynu zabronionego.

Bazując zaś, na zaprezentowanych przypadkach spraw karnych, w których zaburzenia psychiczne indukowane technologiczne były rozpatrywane w aspekcie poczytalności, można zweryfikować zasadność stwierdzenia dotyczącego ich uznania za przyczynę niepoczytalności, albo poczytalności ograniczonej jako „innego zakłócenia czynności psychicznych”.

Natomiast w tym względzie należałoby zwrócić uwagę na to, że: po pierwsze, nie wszystkie cyberzaburzenia będą odpowiadały charakterystyce „innych zakłóceń”. Pewne cyberzaburzenia – tj. cyberpsychozy, z perspektywy znamionujących je objawów będą odpowiadały raczej istocie choroby psychicznej, która stanowi osobną przyczynę niepoczytalności. Z kolei takiej, co oczywiste, stanowić nie mogą, jako że nie są one oficjalnie sklasyfikowane, ani nawet dostatecznie opisane (choćaby na wzór np. zaburzeń kręgu schizofrenicznego).

Po drugie, brak jednoznacznej klasyfikacji (z wyłączeniem powołanych wyżej: GD/IGD oraz zaburzeń hazardowych) implikuje analogiczne problemy w odniesieniu do innych zaburzeń indukowanych technologicznie. Nawet pomimo pozornie bezdyskusyjnej możliwości uznania ich za „inne

⁷³ Ibidem, s. 246.

⁷⁴ Por. J. Xu, L. Shen, H. Fei, W. Zhou, F. Wan, W. Nan, *Effect of excessive internet gaming on inhibitory control based on resting EEG and ERP*, „iScience” 2024, t. 27, nr 8 (110399), s. 1-4; K.L. Son i in., *Neurophysiological features of Internet gaming disorder and alcohol use disorder: a resting-state EEG study*, „Transnational Psychiatry” 2015, t. 5 (e628), s. 1-6.

zakłócenie czynności psychicznych”, o którym mowa w art. 31 § 1 k.k., to w sytuacji, gdy doprowadzą one do zniesienia albo ograniczenia w znacznym stopniu zdolności rozpoznania znaczenia czynu lub pokierowania swoim postępowaniem przez sprawcę czynu zabronionego, nie jest oczywiste, czy owo „zakłócenie” nie powinno być z prawnokarnego punktu widzenia potraktowane tożsamo z odurzeniem. Zakładając, co oczywiste, że sprawca sam, dobrowolnie wystawił się na działanie takich technologii (np. VR), a przy tym znalazł i (w możliwych i dających się zbadać granicach – np. będąc ostrzeżonym przez producenta wyrobu o możliwych negatywnych skutkach długotrwałego oddziaływania na zdrowie), akceptował on konsekwencje ich używania. Może to dotyczyć trudności ze specyficznym mentalnym „przestawieniem” się z wirtualnej rzeczywistości na tę realną. VR charakteryzuje się jednak właśnie tym, że oddziałujące na człowieka bodźce – stymulujące różne obszary mózgu, dochodzą z różnych doznań zmysłowych i dodatkowo mogą z różną intensywnością pobudzać OUN. Z drugiej strony jednak, nie wydaje się, aby słuszne było – w aktualnym stanie wiedzy – każdorazowe przesądzanie o tym, że wszystkie zakłócenia, czy – jak wolno uznać bardziej trafnie – zaburzenia wywołane oddziaływaniem nowoczesnych technologii kwalifikować na równi ze stanem odurzenia.

Wreszcie po trzecie, nawet w odniesieniu do sklasyfikowanych zaburzeń nie można wyprowadzić jednoznacznej konkluzji w kwestii ich uznania za przyczynę niepoczytalności albo poczytalności ograniczonej jako „innego zakłócenia czynności psychicznych”. Pomijając fakt, że *per se* są one wysoce dyskusyjne, jak już wspomniano, to rozpoznanie objawów pozwalających na ich zdiagnozowanie u sprawcy czynu zabronionego, zamiast rozwiązać problem, paradoksalnie dopiero może go spotęgować. Rodzi ono, wszakże dalsze pytania m.in. o to, czy stanu takiego nie należałoby potraktować analogicznie do stanu odurzenia, a co za tym idzie, przyjąć, że w takim wypadku właściwe byłoby stosowanie art. 31 § 3 k.k. Z drugiej strony jednak, nie sposób byłoby wykluczyć, że pod pewnymi warunkami stan taki będzie zbliżony do tego, jaki odpowiadałby stanowi zależności od substancji odurzającej. Ten drugi natomiast, jak wskazuje

praktyka sądowo orzecznicza – rzecz jasna w odniesieniu do alkoholu lub innych substancji odurzających – nierzadko uzasadnia zastosowanie art. 31 § 2 k.k., gdy prowadzi do ograniczenia w znacznym stopniu zdolności rozpoznania znaczenia czynu lub pokierowania swoim postępowaniem przez sprawcę przestępstwa. Wytyczenie granicy nawet na tej płaszczyźnie, tj. związanej z oceną, czy sprawca miał jeszcze zachowaną możliwość samokontroli nad korzystaniem z technologii, a w razie jej zmniejszenia – ustalenie, czy zdolność ta była ograniczona w znacznym stopniu, wydaje się w tym wypadku wyjątkowo utrudniona. Powodem tego są spory m.in. dotyczące kryteriów diagnozy, współwystępowania innych chorób lub zaburzeń (polemiczne bywa ustalenie tego, czy GD/IGD nie jest objawem innych stanów, takich jak depresja czy lęk), nieścisłości definicyjnych (w szczególności IGD), a nawet ich znaczenia w danej kulturze lub grupie społecznej. Zwyczaje i nawyki korzystania z nowoczesnych technologii mogą się bowiem różnić w różnych kulturach lub grupach wiekowych etc. Godna uwagi może być nawet sama potrzeba przeprowadzenia badań, w których zostaną uzyskane np. wyniki porównawcze, obejmujące osoby niewykazujące objawów IGD, niemniej, spędzające istotną część czasu na formach rozrywki w postaci gier internetowych. Gdyby zaś „wyjść” w tej mierze poza wspomniane, sklasyfikowane zaburzenia od gier, to analogiczne pytanie dotyczące owej „granicy” wystąpienia uzależnienia należałoby postawić w zakresie np. uzależnienia od Internetu (jako: *Internet Addiction Disorder*, IAD) lub patologicznego używania Internetu, rozpatrywanego podobnie do innych uzależnień behawioralnych (np. hazard).

5. Podsumowanie i wnioski końcowe

Reasumując, problematyka zaburzeń psychicznych wywołanych używaniem lub nadużywaniem nowoczesnych technologii jako przyczyny niepoczytalności albo poczytalności ograniczonej sprawcy czynu zabronionego *prima facie* mogłaby wydawać się mało istotna. Jednak w obliczu niepokojących wskaźników dotyczących problemów ze zdrowiem psychicznym młodzieży, związanych z używaniem Internetu, a także wspomnianych wyżej przykładowych spraw, w których uzależnienie od gier stanowiło

przedmiot rozstrzygnięcia sądowego w sprawach karnych, jawi się ona jako niebagatelna. Przemawia za tym także dyskusja, jaka toczy się już na forum międzynarodowym w zakresie wpływu nowoczesnych technologii na zdrowie psychiczne, w tym także w kontekście prawnym, psychiatrycznym i psychologicznym. Potwierdzeniem tego są publikacje opisujące różne zaburzenia indukowane technologicznie, w tym te dotychczas niesklasyfikowane, aczkolwiek niepozbawione postulatów uregulowania ich statusu. Dowodem ich rosnącego znaczenia są także postępowania sądowe, w których obrońcy oskarżonych powoływali się na zaburzenia wywołane takimi technologiami. To zaś, wymaga rozważenia ich znaczenia w zakresie zasad odpowiedzialności karnej sprawcy – ściślej, możliwości uznania ich za przyczynę zniesienia albo ograniczenia w znacznym stopniu jego poczytalności, bądź też potraktowania ich analogicznie do substancji odurzających. W tym drugim przypadku – po spełnieniu pewnych przesłanek, prowadziłoby to do przyjęcia, że ich występowanie zasadniczo nie doprowadzi do wyłączenia, albo zmniejszenia stopnia zawinienia.

Odnosząc poczynione uwagi do obowiązującego stanu prawnego, można by wyprowadzić wniosek, iż w świetle przyjmowanego szerokiego rozumienia znamienia „innych zakłóceń czynności psychicznych”, stanowiącego jedną z przyczyn niepoczytalności, o której mowa w art. 31 § 1 k.k., nie powinno być przeszkód – przynajmniej w aspekcie prawnym, do uznania cyberzaburzeń za genezę zniesienia albo ograniczenia zdolności rozpoznania znaczenia czynu lub pokierowania swoim postępowaniem przez sprawcę czynu zabronionego. Niemniej, wobec braku uwzględnienia wielu specyficznych zaburzeń indukowanych technologicznie w obowiązujących klasyfikacjach zdrowia (tj. ICD-11 i DSM-V), tudzież polemiki dotyczącej IGD, nie wydaje się trafne – ani przesądzanie o ich kwalifikowaniu każdorazowo jako „innego zakłócenia czynności psychicznych”, ani nawet o ich uznaniu za przyczynę zniesienia albo ograniczenia poczytalności sprawcy czynu zabronionego. Nie można bowiem wykluczyć tego, że niewłaściwe używanie/nadużywanie przez sprawcę przestępstwa takich technologii należałoby rozpatrywać w kategoriach wywołania specyficznego stanu, odpowiadającego w swej istocie stanowi odurzenia.

To ostatnie stwierdzenie implikuje jednak wiele dalszych wątpliwości, m.in. wynikających ze zbyt pochopnego utożsamiania stanu wywołanego używaniem nowoczesnych technologii ze stanem odurzenia wywołanym użyciem substancji odurzających. Ujmując to wprost, związanych z uznaniem ich za wywołujące stan odurzenia. Kluczowe byłoby również określenie, czy stan taki należałoby uwzględniać w każdym przypadku ich wystąpienia, czy relatywizować je do konkretnego czynu, wykazującego związek z takimi technologiami (np. uzależnienie od Internetu przy przestępstwach cyberseksualnych). Wydaje się, że problematyka ta wymaga zarówno szerszej dyskusji na forum naukowym, jak i konkretnych badań, uwzględniających m.in. wpływ przynajmniej pewnych technologii (np. XR) na zdolność pokierowania swoim postępowaniem – także z uwzględnieniem aspektów prawnokarnych, a więc związanych ze stopniem ograniczenia takiej zdolności, bądź warunkami, których spełnienie uzasadniałoby ponoszenie odpowiedzialności karnej na normalnych zasadach nawet w wypadku uzależnienia od tych technologii. Nasuwa się jednak dosyć odważna myśl w tym miejscu, czy podejmując problematykę, która wszak sama w sobie jest wyzwaniem w świecie naukowym, nie pójść o „jeden krok” dalej. Oznaczałoby to potrzebę postawienia („na dzisiaj” pewnie jeszcze retorycznego) pytania o to, czy rozważając zasadność zmiany art. 31 § 1 k.k. pod kątem zastąpienia innych „zakłóceń czynności psychicznych” znamieniem zaburzeń psychicznych (ujmując to w pewnym skrócie), nie uwzględniać w ich ramach także tych, które cechują „głębokie uzależnienie” od nowoczesnych technologii. W nieco dalszej perspektywie może zasadne będzie także rozpatrywanie takiego uzależnienia od interakcji z algorytmami, a być może nawet sklasyfikowanie „zaburzeń psychicznych wywołanych systematyczną manipulacją przez system sztucznej inteligencji”. Jedno, co można przyjąć za pewne to to, że niebawem wręcz tempo postępu technologicznego prędzej, czy później wymusi podejście do zjawiska cyberzaburzeń, w tym także w kontekście prawnokarnym. Niewykluczone, że zamieni przy tym owo (retoryczne) pytanie na konkretną odpowiedź.

Bibliografia:

- American Psychiatric Association, *Desk reference kryteria diagnostyczne DSM-5-TR*, red. P. Galecki, Wrocław 2024.
- Bae S., Han D.H., Jung J., Nam K.C., Renshaw P.F., *Comparison of brain connectivity between Internet gambling disorder and Internet gaming disorder: A preliminary study*, „Journal of Behavioral Addictions” 2017, t. 6(4), [doi: 10.1556/2006.6.2017.061].
- Blum A.W., Grant J.E., *Legal aspects of problematic Internet usage*, „Current Opinion in Behavioral Sciences” 2022, t. 45 (101142).
- Chew P.K.H., Wong Ch.M.H., *Internet Gaming Disorder in the DSM-5: Personality and Individual Differences*, „Journal of Technology in Behavioral Science” 2022, t. 7.
- Dela P., *Teoria walki w cyberprzestrzeni*, Warszawa 2020.
- Dowling N.A., *Issues raised by the DSM-5 Internet gaming disorder classification and proposed diagnostic criteria*, „Addiction” 2014, t. 109(9), [doi: 10.1111/add.12554].
- Dragano N., Lunau T., *Technostress at work and mental health: concepts and research results*, „Current Opinion in Psychiatry” 2020, t. 33, nr 1, [doi: 10.1097/YCO.0000000000000613].
- Filipkowski W., *Prawo karne wobec sztucznej inteligencji* [w:] *Prawo sztucznej inteligencji*, red. L. Lai, M. Świerczyński, Warszawa 2020.
- Gola M., *Neuralne mechanizmy zachowań nałogowych* [w:] *Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nałogi behawioralne*, red. B. Habrat, Warszawa 2016.
- Golonka A. *Niepoczytalność i poczytalność ograniczona*, Warszawa 2013.
- Grover S., Shouan A., *Cyberpsychiatric Disorders: An Overview of Assessment and Management*, „Journal of Mental S. Health and Human Behaviour” 2020, t. 25, nr 2, [doi: 10.4103/0971-8990.309968].
- Holyst B., *Kryminologia*, Warszawa 2022.
- Jędrzejko M., *Czy technologie cyfrowe uzależniają? Rozważania nie tylko pedagogiczne* [w:] *Selected Issues and Trends of Contemporary Digital Education*, red. M. Aptekorz, E. Bowdur, Katowice 2014.
- Jędrzejko M.Z., Taper A., Kozłowski T., *Cyberzaburzenia, cyberuzależnienia*, Ostrowiec Świętokrzyski 2020.

- Kania S., *Cyberuzależnienia i ich profilaktyka pedagogiczna* [w:] *New additions – od dopalaczy do portali społecznościowych*, red. D. Nowalska-Kapuscik, E-bookowo.pl 2016, <https://libra.ibuk.pl/reader/new-additions-od-dopalaczy-do-portali-spolesznosciowych-dorota-nowalska-kapuscik-155921>.
- Kaplan J., *Generatywna AI. Wszystko, co warto wiedzieć*, Warszawa 2025.
- Kim K. i Kim K., *Internet Game Addiction, Parental Attachment, and Parenting of Adolescents in South Korea*, „Journal of Child & Adolescent Substance Abuse” 2015, t. 24, nr 6, [doi: 10.1080/1067828X.2013.872063].
- Kim N.R., Hwang S.S., Choi J.S., Kim D.J., Demetrovics Z., Király O., Nagygyörgy K., Griffiths M.D., Hyun S.Y., Youn H. C., Choi S.W., *Characteristics and Psychiatric Symptoms of Internet Gaming Disorder among Adults Using Self-Reported DSM-5 Criteria*, „Psychiatry investigation” 2016, t. 13(1), [doi: 10.4306/pi.2016.13.1.58].
- Kim S.Y., Park H., Kim H., Kim J., Seo K., *Technostress Causes Cognitive Overload in High-Stress People: Eye tracking analysis in a virtual kiosk test*, „Information processing & management” 2022, t. 59, nr 6 (103093), [doi: 10.1016/j.ipm.2022.103093].
- King D.L., Delfabbro P.H., Doh Y.Y., Wu A.M., D.J. Kuss, Pallesen S., Mentzoni R., Carragher N., Hiroshi S., *Policy and Prevention Approaches for Disordered and Hazardous Gaming and Internet Use: an International Perspective*, „Prevention Science” 2018, t. 19, [doi: 10.1007/s11121-017-0813-1].
- Krawczyk P., Świącicki Ł., *ICD-11 vs. ICD-10 – przegląd aktualizacji i nowości wprowadzonych w najnowszej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób WHO*, „Psychiatria Polska” 2020, t. 54, nr 1, [doi: 10.12740/PP/103876].
- Kuźma T., *E-waga: prawo karne w nowej erze AI* [w:] P. Dolniak, T. Kuźma, A. Ludwiński, K. Wasik, *Sztuczna inteligencja w wymiarze sprawiedliwości między prawem a algorytmami*, Warszawa 2024.
- Löchner J., Carlbring P., Schuller B., J. Torous, Sander L.B., *Digital Interventions in Mental Health: An Overview and Future Directions*, „Internet Interventions” 2025, t. 40 (100824), <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214782925000259>.
- Luo T., Wei D., Guo J., Hu M., Chao X., Sun Y., Sun Q., Xiao S., Liao Y., *Diagnostic Contribution of the DSM-5 Criteria for Internet Gaming Disorder*, „Frontiers in Psychiatry” 2022, t. 12, [doi: 10.3389/fpsy.2021.777397].

- Mabaso W.S., Hein S, Pavarini G., The OXWell Study Team, Fazel M., *Exploring the Relationship Between Public Social Media Accounts, Adolescent Mental Health, and Parental Guidance in England: Large Cross-Sectional School Survey Study*, „Journal of Medical Internet Research” 2024, t. 26 (57154), [doi: 10.2196/57154].
- Majewicz P., *ICD-11 – Implikacje w badaniach i praktyce psychologiczno-pedagogicznej*, „Lubelski Rocznik Pedagogiczny” 2023, t. XLII, z. 1, [doi: 10.17951/lrp.2023.42.1.123-139].
- Mallorquí-Bagué N., Fernández-Aranda F., Lozano-Madrid M., Granero R., Mestre-Bach G., Baño M., Pino-Gutiérrez A.D., Gómez-Peña M., Aymamí N., Menchón J.M., Jiménez-Murcia S., *Internet gaming disorder and online gambling disorder: Clinical and personality correlates*, „Journal of Behavioral Addictions” 2017, t. 6(4), [doi: 10.1556/2006.6.2017.078].
- Marsh E., *Exploring Techno-Stress and Digital Overload*, „Institute of Internal Communication” 2023, <https://www.ioic.org.uk/resource/exploring-techno-stress-and-digital-overload-with-elizabeth-marsh.html>.
- Morrison J., *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*, Kraków 2016.
- Olatunji O., Odenigbo I., Orji J., Beltran A., Baghaei N., Sandra M., Orji R., *Extended Reality for Mental Health Evaluation: A Scoping Review*, arXiv 2022, <https://arxiv.org/abs/2204.01348>, [dostęp: 10.05.2025 r.].
- Parys T., *Technologie ICT i ich wpływ na życie człowieka i społeczeństwa – wybrane problemy*, „Studia i Materiały” 2024, t. 1, nr 40.
- Patora K. *Okoliczności wyłączające winę* [w:] *Prawo karne materialne. Nauka o przestępstwie, ustawie karnej i karze*, red. J. Kulesza, Warszawa 2023.
- Petry N.M., Rehbein F., Ko Ch.H., O'Brien Ch.P., *Internet Gaming Disorder in the DSM-5*, „Current Psychiatry Reports” 2015, t. 17, nr 72, [doi: 10.1007/s11920-015-0610-0].
- Philip J., *A perspective on embracing emerging technologies research for organizational behavior*, „Organization Management Journal” 2022, t. 19, nr 3.
- Przybylski A.K., Weinstein N., Murayama K., *Internet Gaming Disorder: Investigating the Clinical Relevance of a New Phenomenon*, „The American Journal of Psychiatry” 2017, t. 174, nr 3, [doi: 10.1176/appi.ajp.2016.16020224].

- Shah S., Jack W., *International and Islamic Legal Approaches to Insanity in Cyber Offenses: Bridging Gaps between Medical Law and Modern Banking Practices*, https://www.researchgate.net/profile/William-Jack-9/publication/391454131_International_and_Islamic_Legal_Approaches_to_Insanity_in_Cyber_Offenses_Bridging_Gaps_between_Medical_Law_and_Modern_Banking_Practices/links/6818e20bbd3f1930dd6c849a/International-and-Islamic-Legal-Approaches-to-Insanity-in-Cyber-Offenses-Bridging-Gaps-between-Medical-Law-and-Modern-Banking-Practices.pdf, [dostęp: 12.05.2025 r.].
- Sheikh H., Prins, C., Schrijvers E., *Mission AI. The New System Technology*, Haga 2023.
- Skowronek G., *Hazard w ujęciu prawnym i psychologiczno-kryminologicznym*, Warszawa 2023.
- Son K.L., Choi J.S., Lee J.Y., Kim S.N., Oh S., Kim D.J., Kwon J.S., *Neurophysiological features of Internet gaming disorder and alcohol use disorder: a resting-state EEG study*, „Transnational Psychiatry” 2015, t. 5 (e628), [doi: 10.1038/tp.2015.124].
- Thomson R.H., Nguyen Q., Ayanam E., Canham M., Schmidt T.C., Wählich M., Osterweil E., *Combating the Effects of Cyber-Psychosis: Using Object Security to Facilitate Critical Thinking* (preprint), [doi: 10.48550/arXiv.2503.16510], [dostęp: 18.05.2025 r.].
- Torous J., Bucci S., Bell I.H., Kessing L.V., Faurholt-Jepsen M., Whelan P., Carvalho A.F., Keshavan M., Linardon J., Firth J., *The Growing Field of Digital Psychiatry: Current Evidence and the Future of Apps, Social Media, Chatbots, and Virtual Reality*, „World Psychiatry” 2021, t. 20, nr 3, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8429349/>.
- Upadhyaya P., Vrinda A., *Impact of technostress on academic productivity of university students*, „Education and Information Technologies” 2021, t. 26.
- Vagka E., Gnardellis C., Lagiou A., Notara V., *Smartphone Use and Social Media Involvement in Young Adults: Association with Nomophobia, Depression Anxiety Stress Scales (DASS) and Self-Esteem*, „International Journal of Environmental Research and Public Health” 2024, t. 21, z. 7(920), [doi: 10.3390/ijerph21070920].
- Vujić A., Volarov M., Latas M., Demetrovics Z., Kiraly O., Szabo A. *Are Cyberchondria and Intolerance of Uncertainty Related to Smartphone Addiction?*, „International Journal of Mental Health and Addiction” 2023, t. 22, <https://link.springer.com/article/10.1007/s11469-023-01054-6>.

Ward M.R., *Video Games and Crime*, „Contemporary Economic Policy” 2011, t. 29, nr 2.

Wasiuta O., Wasiuta S., *Encyklopedia bezpieczeństwa. Tom 5*, Kraków 2022.

Xu J., Shen L., Fei H., Zhou W., Wan F., Nan W., *Effect of excessive internet gaming on inhibitory control based on resting EEG and ERP*, „iScience” 2024, t. 27, nr 8, [doi: 10.1016/j.isci.2024.110399].

S u m m a r y

Mental disorders caused by technology and the sanity of the perpetrator of a prohibited act

The study presents the impact that the development of modern technologies has on the development of mental disorders related to the issue of sanity of the perpetrator of a prohibited act. It discusses both new technologically induced mental disorders described in the literature, although not yet classified, as well as those already included in the current health classifications – ICD-11 and DSM-5, i.e. gambling disorders and internet gaming disorders. Based on the presented criminal cases in which so-called cyber disorders were a significant circumstance considered by the courts in the context of insanity or significantly diminished capacity, conclusions were drawn regarding the possibility of including such disorders *de lege lata* as the causes of these states. An attempt was also made to analyze the issue of the perpetrator's addiction to modern technologies, treating it as a complementary issue from the perspective of criminal law in relation to the issue of sanity. In conclusion, based on the analysis conducted using the formal-dogmatic method, a perspective approach was also presented, showing selected cyber disorders as a potential genesis of insanity or diminished capacity. The aim of the study is to show the real threats that the development of modern technologies poses to mental health and the problems that arise in the context of criminal lia-

bility of the perpetrator of a prohibited act. In addition, the need for an ongoing, interdisciplinary scientific debate was signaled, justified both by the dynamic development of technology and the growing number of cases indicating its impact on the mental state of an individual, also in the context of criminal law.

Key words: Gambling Disorder, Internet Gaming Disorder, modern technologies, insanity, diminished capacity, cyberdisorders

WOJCIECH BARAN

UNIWERSYTET MEDYCZNY IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU

ORCID: 0000-0003-2732-3494

PATRYCJA BARTKIEWICZ

UNIWERSYTET MEDYCZNY IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU

ORCID: 0009-0003-5365-2803

Antykoncepcja postkoitalna bez recepty. Analiza etycznych, medycznych i prawnych aspektów dostępności EllaOne

DOI: 10.70537/PPM/213850

S t r e s z c z e n i e

Debata publiczna dotycząca tematu antykoncepcji postkoitalnej odżyła, gdy na początku 2024 roku Rada Ministrów przyjęła projekt nowelizacji, na mocy której produkt leczniczy EllaOne – octan uliprystalu miałby być ponownie dostępny bez recepty dla wszystkich osób, które ukończyły 15. rok życia. W 2017 roku, uzasadniając to względami bezpieczeństwa i obawą o zdrowie kobiet stosujących antykoncepcję awaryjną, ograniczono dostępność produktu EllaOne, zezwalając na jego wydanie wyłącznie z przepisu lekarza. Zwolennicy szerokiej dostępności antykoncepcji postkoitalnej zwracają uwagę na to, że EllaOne jest lekiem bezpiecznym, a efekty niepożądane są stosunkowo rzadkie i nie stanowią zagrożenia dla zdrowia. Ponadto konieczność uzyskania recepty wydłuża czas między stosunkiem a zażyciem leku, co może wpłynąć na obniżenie skuteczności oraz wiąże się z dodatkowymi kosztami. Przeciwnicy zaś powołują się na fakt, że biologiczny efekt octanu uliprystalu na endometrium może uniemożliwić implantację, utożsamiając lek ze środkiem wczesnoporonnym. Dyskurs dotyczący antykoncepcji awaryjnej wymaga przytoczenia zarówno argumentów

biologicznych i medycznych, jak również refleksji nad definicją początku życia ludzkiego, nie jest wolny od wpływów ideologicznych, i nieodłącznie wiąże się z silnymi emocjami. Zmiany w regulacjach dotyczących dostępności leku EllaOne stanowią żywy dowód na to, że spór etyczny jest bezpośrednio odzwierciedlony w zmianach prawodawstwa.

Słowa kluczowe: antykoncepcja awaryjna, klauzula sumienia, prawa reprodukcyjne, prawna ochrona życia

1. Wstęp

Temat antykoncepcji awaryjnej, choć na stałe zagościł w debacie publicznej, zyskał wyjątkowe zainteresowanie na początku 2024 r. w związku z pojawieniem się projektu nowelizacji ustawy Prawo farmaceutyczne, którego głównym założeniem było uchylene przepisu art. 23a ust. 1a¹, stanowiącego o tym, że produkty lecznicze, które w Charakterystyce Produktu Leczniczego określone są jako do stosowania w antykoncepcji, są wystawiane z przepisu lekarza (Rp)². Przepis ten dotyczy wszystkich hormonalnych środków antykoncepcji, również tzw. awaryjnej, czyli stosowanej w przypadkach nagłych, po stosunku bez zabezpieczenia lub przy podejrzeniu, że użyta metoda antykoncepcji była nieskuteczna. Zapowiedzi zmian prawnych dotyczących zdrowia reprodukcyjnego stanowiły element programu wyborczego Lewicy³, znalazły się również na liście „100 konkretów na 100 dni” Koalicji Obywatelskiej⁴ – wprowadzenie antykoncepcji awaryjnej bez recepty ma ułatwić zapobieganie niechcianej ciąży, tak, aby stosowanie tej metody nie wiązało się z dodatkowymi kosztami

¹ W. Szkwarek, *Projekt ustawy w sprawie pigułki „dzień po” trafił do wykazu prac RM*, <https://www.gazeta-prawna.pl/wiadomosci/kraj/artykuly/9405222,projekt-ustawy-w-sprawie-pigulki-dzien-po-trafil-do-wykazu-prac-rm.html>, [dostęp: 02.03.2024 r.].

² Ustawa z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 129).

³ A. Szczepańska, *Zdrowie w programach wyborczych - przegląd partyjnych propozycji*, <https://cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/zdrowie-w-programach-wyborczych-przeglad-partyjnych-propozycji>, [dostęp: 02.03.2024 r.].

⁴ *100 konkretów na pierwsze 100 dni rządów!*, <https://100konkretow.pl/wszystkie-konkrety/>, [dostęp: 02.03.2024 r.].

oraz znacznym wydłużeniem czasu między stosunkiem a zażyciem leku: „[...] mówimy o dostępie bez recepty dla zainteresowanych od 15. roku życia w górę. Dla tej grupy antykoncepcja awaryjna będzie dostępna bez recepty – chodzi o jeden konkretny specyfik nazwany w ustawie: EllaOne. Jest to metoda, która uniemożliwia doprowadzenie do zapłodnienia. A więc nie jest to tabletką wczesnoporonna, tylko zapobiegająca zajściu w ciążę”⁵ – mówił Premier Donald Tusk podczas konferencji prasowej. Odniósł się również do dostępności tabletki „dzień po” dla nastolatków: „Poniżej 15. roku życia wymagana będzie recepta. Jest to rozwiązanie najbardziej powszechne w krajach Unii Europejskiej i umożliwi powszechny dostęp do antykoncepcji awaryjnej – dla tych wszystkich, dla których do tej pory ona była właściwie niedostępna. [...] Czas odgrywa tu kluczową rolę. I fakt, że wymagana była recepta, bardzo często oznaczał w bardzo wielu miejscach w Polsce, że tak *de facto* antykoncepcja awaryjna była niedostępna dla zainteresowanych”⁶.

Jakiegokolwiek propozycje zmian w ustawach regulujących prawa reprodukcyjne, z którymi związany jest temat zapobiegania ciąży ogólnie, a w szczególności antykoncepcja awaryjna, ze względu na swój aspekt etyczny oraz ideologiczny, budzą w ludziach skrajne uczucia. Inicjatywa zwiększenia dostępności do preparatów postkoitalnych spotkała się z uznaniem środowisk feministycznych i lewicowych oraz niektórych lekarzy. Z drugiej strony informacja ta wywołała sprzeciw wśród kręgów katolickich, przy czym emocje budzi tutaj przede wszystkim mechanizm działania leków, które poza opóźnieniem owulacji mają uniemożliwiać implan-tację. W opinii niektórych jest to równoznaczne ze skutkiem poronnym stosowanych preparatów⁷. Pojawiają się również głosy wyrażające obawę, że poziom społecznej świadomości dotyczącej metod zapobiegania ciąży jest niski, w związku z czym stosowanie antykoncepcji awaryjnej nie za-

⁵ *Antykoncepcja awaryjna dostępna bez recepty – Rada Ministrów przyjęła projekt ustawy, stenogram wypowiedzi Premiera Donalda Tuska*, <https://www.gov.pl/attachment/ab0cb5fa-5643-42c5-8b7d-8c143409acae>, [dostęp: 02.03.2024 r.].

⁶ Ibidem.

⁷ M. Prusak, *Jedna tabletką, dwie różne ulotki. Farmaceuta tłumaczy, czego Polki nie słyszą o ellaOne*, <https://opoka.org.pl/News/Poliska/2024/ellaone-ulotki>, [dostęp: 02.03.2024 r.].

wsze będzie odbywać się w bezpieczny i odpowiedni sposób, ponadto istnieje duże ryzyko nadużywania dostępnych środków⁸. Zdaniem działacza społecznego Zbigniewa Kaliszuka zmiany w prawie umożliwiające małoletnim dostęp do antykoncepcji bez konsultacji z lekarzem i bez wiedzy rodziców stwarzają niebezpieczeństwo dla zdrowia nastolatków, wiążą się z promowaniem niewłaściwych postaw, a także powodują ograniczenie praw rodziców⁹.

Dylematy etyczne i filozoficzne – skupiające się wokół tematu początku życia ludzkiego, prawa do życia zarodka czy płodu oraz praw reprodukcyjnych jako praw człowieka – odnajdują swoje odbicie w kontrowersjach dotyczących regulacji prawnych.

2. Jak zmieniały się w Polsce regulacje prawne dotyczące EllaOne?

Produkt leczniczy EllaOne – octan uliprystalu, został dopuszczony do obrotu w procedurze scentralizowanej na mocy decyzji Komisji K(2009) 4049 z 15 maja 2009 r., która została wydana na podstawie rozporządzenia (WE) nr 726/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 r. ustanawiającego wspólnotowe procedury wydawania pozwoleń dla produktów leczniczych stosowanych u ludzi i do celów weterynaryjnych i nadzoru nad nimi oraz ustanawiające Europejską Agencję Leków¹⁰. Wówczas warunek dopuszczenia do obrotu stanowiła dostępność EllaOne na receptę, co zostało określone w załączniku II lit. B. wyżej wspomnianej decyzji¹¹. Wraz z wydaniem decyzji wykonawczej Komisji Europejskiej C(2015) 51 final z 7 stycznia 2015 r., kategoria dostępności leku EllaOne zmieniła się na „wydawany bez recepty”, co wywołało bezpośredni skutek dla regulacji prawnych wszystkich państw członkowskich Unii Euro-

⁸ D. Mirska, *Awantura o pigułkę*, <https://www.termedia.pl/ginekologia/Awantura-o-pigulke,54584.html>, [dostęp: 02.03.2024 r.].

⁹ Radio Maryja, *Wyraż swój sprzeciw wobec zwiększenia dostępu do pigułki „dzień po”!*, <https://www.radiomaryja.pl/informacje/wyraz-swoj-sprzeciw-wobec-zwiekszenia-dostepu-do-pigulki-dzien-po/>, [dostęp: 02.03.2024 r.].

¹⁰ D. Olejniczak, K. Kuszel, *Opinia na temat obowiązków wprowadzenia przez Polskę do sprzedaży aptecznej bez recepty produktu leczniczego ellaOne*, „Zeszyty Prawnicze” 2015, nr 1 (45), s. 93-99.

¹¹ Ibidem.

pejskiej, w tym Polski¹². Rozporządzenie (WE) 726/2004, na podstawie którego została wydana decyzja zezwalająca na dostępność EllaOne bez recepty, ma pierwszeństwo nad ustawodawstwem państw członkowskich ze względu na rangę rozporządzenia unijnego – nie oznacza to jednak, że brak jest możliwości wprowadzenia przepisów krajowych zmieniających kategorię dostępności tego leku. Jak zauważają D. Olejniczak oraz K. Kuszel: „Polski ustawodawca może jednak, przyjmując stosowne regulacje zgodnie z art. 13 rozporządzenia (WE) nr 726/2004 w związku z art. 4 ust. 4 dyrektywy 2001/83/WE, zadecydować o wyłączeniu lub ograniczeniu sprzedaży bądź stosowania produktów leczniczych jako środków antykoncepcyjnych lub poronnych”¹³. Zmiany w polskim prawie, jak zwraca uwagę M. Kondrat, odnosić się mogą do kategorii dostępności produktów leczniczych, a „źródłem prawa mogą być w tym przypadku nie tylko ustawy, ale i rozporządzenia”¹⁴. Wówczas w Polsce nie zmieniono kategorii dostępności produktu leczniczego EllaOne, jednak 2 kwietnia 2015 r. wprowadzono nowelizację rozporządzenia w sprawie wydawania z apteki produktów leczniczych i wyrobów medycznych (Dz.U.2016.493), dodając do paragrafu 5 ust. 2 w brzmieniu „Produkt leczniczy z grupy ATC G03A – hormonalne środki antykoncepcyjne do stosowania wewnętrznego, posiadający kategorię dostępności „OTC”, wydaje się osobie, która ukończyła 15. rok życia”¹⁵. Do środków tej grupy należy także preparat EllaOne. Jak czytamy w odpowiedzi Ministerstwa Zdrowia na oświadczenie senator Janiny Sagatowskiej „Wiek 15 lat jest minimalnym wiekiem, od którego osoba jest uznana za zdolną do wyrażenia ważnej prawnie zgody na czynności seksualne z inną osobą, dlatego przepisy projektowanego rozporządzenia są skorelowane z art. 200 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, POZ. 55, z późn. zm.), który stanowi, że obcowanie płciowe i inne czynności seksualne z osobą poniżej 15. roku

¹² M. Kondrat, *Opinia prawna stanowiąca uzupełnienie opinii na temat obowiązku wprowadzenia przez Polskę do sprzedaży aptecznej bez recepty produktu leczniczego ellaOne*, „Zeszyty Prawnicze” 2015, nr 1(45), s. 100-106.

¹³ D. Olejniczak, K. Kuszel, *Opinia na temat...*, s. 93-99.

¹⁴ M. Kondrat, *Opinia prawna stanowiąca...*, s. 100-106.

¹⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wydawania z apteki produktów leczniczych i wyrobów medycznych (t.j. Dz.U. z 2015 r., poz. 477).

życia stanowią przestępstwo”¹⁶. W Polsce lek EllaOne był dostępny bez recepty dla każdej osoby, która ukończyła 15 rok życia aż do 2017 roku, kiedy w życie wszedł przepis art. 23a ust. 1a w ustawie Prawo farmaceutyczne, zmieniający kategorię dostępności dla wszystkich produktów leczniczych stosowanych w antykoncepcji na „wydawane z przepisu lekarza – Rp.”¹⁷ Wraz z ukazaniem się projektu zmian w ustawie Prawo Farmaceutyczne pojawiły się również głosy sprzeciwu. Opublikowane 17 lutego 2017 oświadczenie Federacji na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny¹⁸ wskazuje między innymi na to, że zmiana przepisów nie jest zgodna z opinią większości Polek i Polaków, ponadto utrudnienie dostępu do leku EllaOne przyczyni się do poszukiwania antykoncepcji doraźnej z mniej bezpiecznych i często nielegalnych źródeł. W wystąpieniu do ówczesnego Ministra Zdrowia, Konstantego Radziwiłła, Rzecznik Praw Obywatelskich, Adam Bodnar, zwraca natomiast uwagę, że w świetle dostępu do edukacji seksualnej oraz opieki ginekologicznej w Polsce, skutki zmian prawnych dramatycznie wpłyną na sytuację obywaterek¹⁹. Pomimo licznych głosów sprzeciwu, z dniem 23 lipca 2017 r. lek EllaOne stał się dostępny na receptę, co uargumentowane zostało względami medycznymi i obawą o bezpieczeństwo kobiet stosujących antykoncepcję awaryjną²⁰.

W styczniu 2024 do Rady Ministrów trafił projekt ustawy o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne, który ma przywrócić stan sprzed lipca 2017 roku, czyli umożliwić dostęp do antykoncepcji w przypadkach nagłych bez recepty dla osób, które ukończyły 15. rok życia²¹. Dnia 29

¹⁶ Ministerstwo Zdrowia, *Odpowiedź Ministerstwa Zdrowia na oświadczenie senator Janiny Sagatowskiej*, https://www.senat.gov.pl/gfx/senat/userfiles/_public/k8/dokumenty/stenogram/oswiadczenia/sagatowska/7002o.pdf, [dostęp: 04.03.2024 r.].

¹⁷ Ustawa z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 129).

¹⁸ *Apelujemy o niezmiennienie zasad wydawania ella-One!*, <https://www.medexpress.pl/pacjent/apelujemy-o-niezmiennienie-zasad-wydawania-ella-one-66133/>, [dostęp: 04.03.2024 r.].

¹⁹ *Rzecznik pisze do Ministra Zdrowia w sprawie antykoncepcji awaryjnej, klauzuli sumienia i edukacji seksualnej*, https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rzecznik-pisze-do-ministra-zdrowia-w-sprawie-antykoncepcji-awaryjnej-klauzuli-sumienia-i-edukacji#_ftnref2, [dostęp: 04.03.2024 r.].

²⁰ *Rząd przyjął projekt ustawy, który wprowadza ratunkowy dostęp do technologii lekowych*, <https://archiwum.mz.gov.pl/aktualnosci/rzad-przyjal-projekt-ustawy-ktory-wprowadza-ratunkowy-dostep-do-technologii-lekowych/>, [dostęp: 04.03.2024 r.].

²¹ *Rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne*, <https://www.sejm.gov.pl/sejm10.nsf/PrzebiegProc.xsp?id=94A2FB3C90E7B929C1258AB6004FF98B>, [dostęp: 09.04.2024 r.].

marca 2024 r. prezydent Andrzej Duda zdecydował, że nowelizacja ustawy Prawo farmaceutyczne zostanie skierowana do Sejmu RP z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie²².

29 kwietnia 2024 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia wprowadzające program pilotażowy dotyczący antykoncepcji awaryjnej, obowiązujący do 30 czerwca 2026 r. W ramach tego programu rozszerzono interpretację przesłanek umożliwiających farmaceutom wystawianie recept na EllaOne. Zgodnie z dotychczasowymi regulacjami (art. 96 ust. 4 ustawy Prawo farmaceutyczne) farmaceuci mogą wypisywać recepty jedynie w przypadkach zagrożenia życia pacjenta²³. W nowym rozporządzeniu wprowadzono pojęcie „zagrożenia zdrowia reprodukcyjnego”, które obejmuje „ryzyko wystąpienia nieplanowej ciąży”, i uprawnia farmaceutę do wystawienia recepty farmaceutycznej. Istotne jest, że program jest dobrowolny, apteki nie muszą do niego przystąpić. Sam proces wystawiania recepty opiera się na wywiadzie przeprowadzanym przez farmaceutę, który: ocenia zasadność wydania leku, informuje pacjenta o działaniu i stosowaniu leku, omawia zasady wykonywania badań i interpretacji samokontrolnych testów ciążowych i diagnostycznych dotyczących układu urogenitalnego, wyjaśnia zasady farmakoterapii w ciąży i położu oraz w razie potrzeby, wskazuje ścieżkę dalszej opieki medycznej²⁴.

3. Aspekt biologiczny, medyczny i bezpieczeństwo antykoncepcji awaryjnej

Produkt leczniczy EllaOne ma formę tabletki, zawierającej 30 mg substancji czynnej – octanu uliprystalu. Jest to forma antykoncepcji postkoitalnej (tak zwanej „awaryjnej”), czyli takiej, która stosowana jest już po współżyciu. Aby zapobiec niechcianej ciąży, tabletkę należy zażyć do 120

²² A. Kielczykowska, K. Kropiwiec, *Andrzej Duda zawałował ustawę dotyczącą tabletki „dzień po”*, <https://www.gazetaprawna.pl/wiadomosci/kraj/artykuly/9475187,andrzej-duda-zawetowal-ustawe-dotyczaca-tabletki-dzien-po.html>, [dostęp: 29.03.2024 r.].

²³ Ustawa z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 129).

²⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2024 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie usług farmaceuty dotyczących zdrowia reprodukcyjnego (tj. Dz.U. z 2024 r., poz. 662).

godzin (pięciu dni) od odbycia stosunku płciowego, który był niezabezpieczony lub jeśli istnieje domniemanie, iż użyta metoda antykoncepcji zawiodła²⁵. Skuteczność każdej znanej formy antykoncepcji awaryjnej, w tym octanu uliprystalu, jest tym niższa, im dłuższy czas minął między współżyciem a zastosowaniem leku. Jednak podczas gdy inne środki wykazują znikome działanie już po 3 dobach, EllaOne jest efektywna nawet po upływie czasu od 72 do 120 godzin²⁶.

Wiedza na temat mechanizmu działania środków antykoncepcji awaryjnej jest wciąż poszerzana, jednak na podstawie wielu publikacji naukowych można z pewnością stwierdzić, że ich głównym działaniem jest opóźnienie zjawiska owulacji, czyli uwolnienia komórki jajowej (oocyty) do jajowodu²⁷. W cyklu miesięcznym do owulacji dochodzi na koniec fazy folikularnej, podczas której struktury zwane pęcherzykami Graafa dojrzewają i wzrastają. Pod wpływem gwałtownego wzrostu stężenia hormonu luteinizującego (LH), dochodzi do pęknięcia pęcherzyka – wtedy dojrzała komórka jajowa wydostaje się na zewnątrz. Oocyt następnie przemieszcza się do jajowodów, gdzie może dojść do zapłodnienia²⁸.

Wykazano, że octan uliprystalu może opóźniać owulację, jeśli jest podany odpowiednio wcześniej przed osiągnięciem przez LH maksymalnego poziomu w organizmie, i w odróżnieniu od innych substancji czynnych stosowanych w antykoncepcji awaryjnej, takich jak lewonogestrel, wykazuje skuteczniejsze działanie, jeśli zostanie podany w późnym okresie fazy folikularnej²⁹. Innym działaniem, jakie potencjalnie może wykazywać

²⁵ *Charakterystyka Produktu Leczniczego (EllaOne 30 mg tabletka)*, <http://chpl.com.pl/#detail=9787011!54998462>, [dostęp: 07.03.2024 r.].

²⁶ *Emergency contraception*, <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>, [dostęp: 07.03.2024 r.].

²⁷ K. Janik, M. Popławska, E. Harasim-Piszczałowska, *Antykoncepcja awaryjna* [w:] *Holistyczny wymiar współczesnej medycyny. Tom 4*. red. E. Krajewska-Kulak, C. R. Łukaszuk, J. Lewko, W. Kulak, Białystok 2018, s. 1301-1311.

²⁸ E. P. Solomon, L. R. Berg, D. W. Martin, *Biologia wg IX wydania amerykańskiego*, Warszawa 2016, s. 1085-1096.

²⁹ V. Brache, L. Cochon, M. Deniaud, H. B. Croxatto, *Ulipristal acetate prevents ovulation more effectively than levonorgestrel: analysis of pooled data from three randomized trials of emergency contraception regimens*, „Contraception” 2013, nr 88 (5), s. 611-618; zob. także: P. Stratton, E. D. Levens, B. Hartog, J. Piquion, Q. Wei, M. Merino, L. K. Nieman, *Endometrial effects of a single early luteal dose of the selective progesterone*

octan uliprystalu, jest zmiana biologicznych właściwości endometrium, czyli błony śluzowej wyścielającej macicę. W literaturze pojawiały się doniesienia o tym, że duże dawki tej substancji mogą zmniejszać grubość endometrium, a także powodują wzrost ilości receptorów dla progesteronu i opóźniają jego dojrzewanie³⁰, istnieją jednak sprzeczne wyniki badań dotyczących tego, czy takie działanie wykazuje zawarta w EllaOne dawka 30 mg³¹, trudno więc jednoznacznie stwierdzić, czy jednorazowe zażycie tabletki ma wpływ na właściwości błony śluzowej macicy. Jest to wyjątkowo istotne, ponieważ, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, EllaOne nie można zaklasyfikować jako preparatu zapobiegającego implantacji, ze względu na brak jednoznacznych dowodów potwierdzających taki mechanizm.

Odsetek kobiet, które zaszły w ciążę mimo zastosowania octanu uliprystalu zgodnie z zaleceniami jako formy antykoncepcji awaryjnej, wynosi 1,2%³². Najczęściej występujące efekty uboczne obejmują mdłości, wymioty, uczucie zmęczenia, nieregularne krwawienia³³, bóle i zawroty głowy, bóle brzucha, oraz bolesne miesiączki³⁴. Efekty uboczne nie są częste, zazwyczaj mają nasilenie łagodne lub umiarkowane, oraz ustępują samoistnie³⁵. Nawet przyjęcie dużej dawki octanu uliprystalu (ok. 200 mg) nie powoduje wystąpienia ciężkich działań niepożądanych i poważnych konsekwencji dla zdrowia³⁶. Preparat EllaOne, podobnie jak inne leki

receptor modulator CDB-2914, „Reproductive biology” 2010, nr 93 (6), s. 2035-2041 oraz E. Rosato, M. Farris, C. Bastianelli, *Mechanism of Action of Ulipristal Acetate for Emergency Contraception: A Systematic Review*, „Frontiers in Pharmacology” 2016, nr 6, s. 315.

³⁰ P. Stratton, E. D. Levens, B. Hartog, J. Piquion, Q. Wei, M. Merino, L.K. Nieman, *Endometrial effects...*, s. 2035-2041.

³¹ E. Rosato, M. Farris, C. Bastianelli, *Mechanism of Action of Ulipristal...*, s. 315.

³² *Emergency contraception*, <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>, [dostęp: 07.03.2024 r.].

³³ Ibidem.

³⁴ *Charakterystyka Produktu Leczniczego (EllaOne 30 mg tabletki)*, <http://chpl.com.pl/#detail=9787011!54998462>, [dostęp: 07.03.2024 r.].

³⁵ Ibidem. Zob. także: *Emergency contraception*, <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>, [dostęp: 07.03.2024 r.].

³⁶ *Charakterystyka Produktu Leczniczego (EllaOne 30 mg tabletki)*, <http://chpl.com.pl/#detail=9787011!54998462>, [dostęp: 07.03.2024 r.].

używane w antykoncepcji postkoitalnej, nie wykazuje negatywnego wpływu na płodność³⁷, nie zakłóca również równowagi hormonalnej w cyklu, ponieważ nie zmienia stężeń estradiolu i progesteronu³⁸.

W debacie publicznej przeciwnicy dostępności preparatu EllaOne bez recepty wskazują na ryzyko nadużywania antykoncepcji awaryjnej, zwłaszcza przez osoby młode. Jak argumentuje Katarzyna Gęsiak: „Potrzeba recepty od lekarza była jakimkolwiek elementem weryfikacji zażywania takiej tabletki. Jeśli specyfik stanie się dostępny bez recepty, nie będzie żadnej kontroli, kto, kiedy i w którym momencie cyklu zażywa taką tabletkę”³⁹. Podobny ton utrzymuje prof. Bogdan Chazan: „Aktywne seksualnie młode osoby mogą wpaść na pomysł kupowania tabletek po każdym współżyciu albo połykania kilku tabletek zamiast jednej, by na pewno zadziałały”⁴⁰.

Obawy te jednak trudno uznać za przesądzające w dyskusji nad bezpieczeństwem farmaceutyku. W praktyce ekonomicznej powtarzające się stosowanie preparatu EllaOne wydaje się mało prawdopodobne, choćby ze względu na cenę jednej tabletki, która sama w sobie może utrudniać pozyskanie tego środka, zwłaszcza w ilościach, które mogłyby wpłynąć szkodliwie na zdrowie. Ponadto analogiczne zagrożenia występują przy stosowaniu wielu innych produktów dostępnych bez recepty, w tym szeroko rozpowszechnionych leków przeciwbólowych. Za przykład może posłużyć paracetamol, który przy przedawkowaniu, stanowi 55,7% przyczyn ostrych uszkodzeń i niewydolności wątroby⁴¹. Jest on jednak wydawany bez recepty, nie tylko w aptekach, ale również supermarketach

³⁷ *Emergency contraception*, <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>, [dostęp: 07.03.2024 r.].

³⁸ P. Stratton, E.D. Levens, B. Hartog, J. Piquion, Q. Wei, M. Merino, L.K. Nieman. *Endometrial effects...*, s. 2035-2041.

³⁹ M. Osńska. *Nieetyczne i nielegalne – pigułka „dzień po” bez recepty*, <https://www.ekai.pl/nieetyczne-i-nielegalne-pigułka-dzień-po-bez-recepty/>, [dostęp: 03.10.2025 r.].

⁴⁰ R. Krzyszkowska, *EllaOne, czyli usuwanie ciąży domowym sposobem*, <https://www.przewodnik-katolicki.pl/Archiwum/2015/Przewodnik-Katolicki-4-2015/Zdrowie/EllaOne-czyli-usuwanie-ciazy-domowym-sposobem>, [dostęp: 03.10.2025 r.].

⁴¹ A. S. Chidiac, N. A. Buckley, F. Noghrehchi, R. Cairns, *Paracetamol (acetaminophen) overdose and hepatotoxicity: mechanism, treatment, prevention measures, and estimates of burden of disease*, „Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology” 2023, nr 19(5), s. 297-317.

czy stacjach benzynowych, a w Polsce bez problemu można zakupić 25 g (co odpowiada 100 tabletkom) tej substancji w jednej paczce. Mając na uwadze, że za dawkę toksyczną paracetamolu uznawane jest 7 g⁴², a za dawkę śmiertelną ok. 16 g⁴³ uzasadnione zdają się obawy o bezpieczeństwo. W świetle tych informacji nasuwa się pytanie: czy leki takie jak paracetamol także powinny być dostępne na receptę? Rozwiązania stosowane w innych państwach pokazują, że ograniczenie dostępności leków poprzez wymóg recepty nie jest jedyną metodą dbania o aspekt bezpieczeństwa. W Wielkiej Brytanii w 1998 r. wprowadzono ograniczenie wielkości opakowań paracetamolu, co na przestrzeni 11 lat doprowadziło do 43% spadku zgonów z powodu zatrucia paracetamolem i 61% redukcji liczby przeszczepów wątroby z powodu jego toksyczności⁴⁴, przy jednoczesnym zachowaniu jego dostępności bez recepty. Przykład ten pokazuje, że wobec realnego ryzyka szkodliwości dużych dawek leków, chcąc jednocześnie umożliwić pacjentom skuteczne i szybko rozpoczęte leczenie, należy rozważać takie formy regulacji, jak limity sprzedaży, umieszczanie ostrzeżeń na opakowaniu oraz edukację społeczeństwa. Niezbędne jest jednak nadmienienie, że potencjalne ryzyko zdrowotne związane ze stosowaniem EllaOne jest wyraźnie niższe niż w przypadku wielu innych środków dostępnych bez kontroli lekarskiej.

Obawa o stan zdrowia pacjentki związana z potencjalnym przedawkowaniem lub zbyt częstym stosowaniem produktu leczniczego EllaOne przy jego dostępności bez recepty może nasuwać wątpliwości z punktu widzenia etyki medycznej. W takiej sytuacji pojawia się konflikt między zasadą dobroczynienia (ochrona zdrowia pacjentki poprzez prewencję nadużyć) a poszanowaniem autonomii pacjentki. Kodeks Etyki Lekarskiej wskazuje jednoznacznie, że lekarz powinien szanować prawo pacjenta do podejmowania decyzji w sprawach dotyczących jego zdrowia⁴⁵.

⁴² F.F. Ferri, *Ferri's Clinical Advisor 2017 E-Book: 5 Books in 1*, 2017, s.11.

⁴³ D. Woolley, A. Woolley, *Practical toxicology: evaluation, prediction, and risk*, 2017, s. 330.

⁴⁴ D. Gunnell, K. Hawton, O. Bennewith, J. Cooper, S. Simkin, J. Donovan, J. Evans, D. Longson, S. O'Connor, N. Kapur, *Studies to evaluate the impact of the 1998 UK legislation restricting pack sizes of paracetamol*, „A multicentre programme of clinical and public health research in support of the National Suicide Prevention Strategy for England” 2013.

⁴⁵ Kodeks Etyki Lekarskiej, art. 14 ust. 1.

Zachodzi konieczność obdarzania pacjentki pewnym zaufaniem. Trudno bowiem przyjąć, że kobiety jako grupa są mniej odpowiedzialne w przyjmowaniu leków niż inni pacjenci korzystający z produktów OTC, które w nadmiarze mogą powodować znacznie poważniejsze szkody. W tym świetle podnoszone argumenty o rzekomej „nieodpowiedzialności” kobiet wydają się mieć charakter bardziej paternalistyczny niż wynikający z przesłanek medycznych.

4. Kwestie ideologiczne i etyczne

Spór etyczny dotyczący zastosowania octanu uliprystalu odnosi się przede wszystkim do definicji początku życia. Preparatu EllaOne, w świetle aktualnej wiedzy, nie można jednoznacznie uznać za środek wczesnoporonny, nie dotyczą go więc moralne rozważania dotyczące kwestii prawa do życia płodu. Sposób postrzegania tematyki godności osobowej i człowieczeństwa zarodka mają bezpośredni wpływ na etyczną ocenę działania antykoncepcji awaryjnej – ten sam czyn może być uznany za moralnie niedopuszczalny, stawiany na równi z morderstwem albo potraktowany podobnie neutralnie jak przyjmowanie leków czy stosowanie innych form zapobiegania ciąży.

Zgodnie z podziałem sugerowanym przez M.A. Warren, na etapie działania preparatu EllaOne, nie ma jeszcze istoty ludzkiej ani w sensie genetycznym (nie nastąpiło zapłodnienie), ani tym bardziej moralnym⁴⁶. Gwoli ścisłości, należy tu wspomnieć o przerywaniu „potencjału” powstania i rozwinięcia się istoty ludzkiej, z którego to wynikają częściowe prawa do życia, jednak na żadnym etapie nie są one nadrzędne wobec praw matki.

W ujęciu religijnym człowiek stanowi nierozłączną całość jako ciało i dusza, a za jego powstanie uznajemy sam początek istnienia, czyli utworzenie indywidualnego genotypu⁴⁷. Według nauk Kościoła katolickiego już w najwcześniejszym etapie życia, kiedy z połączenia gamet powstaje

⁴⁶ M.A. Warren, *On the Moral and Legal Status of Abortion*, „The monist”, 1973, s. 43-61.

⁴⁷ W. Franczak, *Spór o status ludzkiego embrionu w kontekście rozważań na temat in vitro*, „Acta Iuridica Resoviensia” 2023, nr 2 (41), s. 39-53.

zygota, należy mówić o powstaniu bytu ludzkiego, którego życie powinno obejmować się ochroną na równi z narodzonym dzieckiem⁴⁸. Jak można przeczytać w artykule A. Kobylińskiego: „Nowy człowiek powstaje w momencie połączenia się dwóch komórek rozrodczych: męskiej i żeńskiej. Z tą chwilą rozpoczyna się życie nowej istoty ludzkiej. Owszem, ludzki embrion przechodzi w swoim rozwoju różne stadia, zachowuje jednak ciągłość i genetyczną tożsamość. Dlatego człowiek jest człowiekiem od momentu poczęcia”⁴⁹. Koncepcje naukowe są przez przedstawicieli środowisk katolickich często krytykowane, między innymi ze względu na to, że „zarówno prenatalny, jak i postnatalny rozwój człowieka stanowi continuum i żadne z jego stadiów nie można uznać za definiujące człowieka czy osobę ludzką”⁵⁰.

Wśród niektórych przedstawicieli środowiska chrześcijańskiego, często pojawia się przekonanie, że leki stosowane w antykoncepcji awaryjnej mają działanie wczesnoporonne^{51,52}. Autorzy reprezentujący ten pogląd, wśród argumentów na poparcie swojej tezy przytaczają wyniki badań, wykazujące wpływ octanu uliprystalu na błonę śluzową macicy. Zmiany właściwości endometrium mogą utrudniać lub uniemożliwiać implantację zarodka, co ma być tożsame z działaniem wczesnoporonnym. W myśl idei o istnieniu człowieka od momentu zapłodnienia, zapobieganie implantacji jest równoważne z terminacją ciąży – taką interpretacją posługują się przeciwnicy zwiększenia dostępności do antykoncepcji awaryjnej.

Odwolując się do podstaw biologicznych, należy wspomnieć, iż nie ma jednoznacznych danych o tym, w jaki sposób dawka 30 mg octanu ulipry-

⁴⁸ P. Kuczma, *Prawna ochrona życia* [w:] *Realizacja i ochrona konstytucyjnych wolności i praw jednostki w polskim porządku prawnym. Słowo wstępne*, red. M. Jabłoński, Wrocław 2014, s. 29-44.

⁴⁹ A. Kobyliński, *Ocena moralna preparatu EllaOne*, https://opoka.org.pl/biblioteka/Z/ZR/niedziela201722_ella, [dostęp: 12.03.2024 r.].

⁵⁰ T. Biesaga, *Status embrionu – stanowisko personalizmu ontologicznego*, https://www.mp.pl/etyka/poczatki_zycia/24784,status-embrionu-stanowisko-personalizmu-ontologicznego, [dostęp: 09.03.2024 r.].

⁵¹ A. Kobyliński, *Spór moralny o pigułkę ellaOne*, „Polonia Christiana” 2017, nr 56, s. 39-41.

⁵² *Tabletki wczesnoporonne*, <https://web.archive.org/web/20250426124210/https://ordoiuris.pl/tabletki-wczesnoporonne>, [dostęp: 12.03.2024 r.].

stalu zawarta w tabletkce EllaOne wpływa na endometrium⁵³. Mechanizm działania octanu uliprystalu wciąż jest poznawany, a dzięki postępowi nauk medycznych być może wkrótce uda się jednoznacznie rozwiązać wątpliwości dotyczące wpływu tego środka na proces zagnieżdżenia zarodka w macicy. Jednak, przy założeniu hipotetycznym, że EllaOne wpływa na proces zagnieżdżenia zarodka, nie daje to jeszcze wystarczających podstaw do etycznego sprzeciwu wobec jego stosowania. Nawet przyjmując antropocentryczne lub oparte na wartości przyszłego życia koncepcje, wyjaśniające zło zabijania istot podobnych nam (ludzkich), uznawanie stosowania antykoncepcji awaryjnej, z powodu jej rzekomego charakteru wczesnoporonnego, za „zabójstwo”, jest znacznym nadużyciem. W ujęciu Eze Paez wynika bowiem, że nie można utożsamiać zapobieżenia implantacji z faktyczną śmiercią człowieka, na etapie implantacji bowiem nie można jeszcze mówić o istnieniu istoty ludzkiej. Ten moment został ustalony na etap gastrulacji⁵⁴. W konsekwencji nie da się uzasadnić moralnego potępienia stosowania preparatów takich jak EllaOne, przy takich kryteriach.

Precyzyjne określenie momentu, w którym rozpoczyna się ludzkie życie, wydaje się więc niemożliwe w sposób niebudzący sprzeciwu żadnej ze stron. Żadne z opisywanych kryteriów początku człowieczeństwa nie jest uniwersalnie przyjęte jako właściwe, a percepcja argumentów etycznych, biologicznych czy religijnych jest indywidualna dla każdej osoby. Jest to szczególnie istotne w Polsce, gdzie w 2021 r. 89,77% osób udzielających odpowiedzi na pytanie o „Przynależność do wyznania religijnego” deklarowała przynależność do Kościoła katolickiego⁵⁵. Wątpliwości natury etycznej wpływają również na trudności w formułowaniu przepisów prawa, które miałyby jednoznacznie określić moment powstania ludzkiego życia. W art. 38. Konstytucji widnieje zapis: „Rzeczpospolita Polska

⁵³ Por. rozdział: „Aspekt biologiczny, medyczny i bezpieczeństwo”.

⁵⁴ E. Paez, *Emergency Contraceptives and the Beginning of Human Animals*, „Bioethics” 2016, nr 30 (6), s. 433-439.

⁵⁵ Główny Urząd Statystyczny, *Stan i struktura demograficzno-społeczna i ekonomiczna ludności Polski w świetle wyników NSP 2021, 2022*, s. 123.

zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia⁵⁶”, nie odpowiada jednak na pytanie, czy zarodek jest w rozumieniu prawa człowiekiem. Jak słusznie zauważa P. Kuczma „Skoro ustalenie początku życia wywołuje dylematy filozofów, lekarzy i przedstawicieli różnych religii, to trudno jest definitywnie przesądzić tę kwestię na kanwie konstytucji”⁵⁷. Wskazuje się na to, że taki zapis pozwala na ustalenie kompromisu między przedstawicielami poglądu, iż życie należy obejmować ochroną od samego poczęcia, a zwolennikami odmiennych stanowisk⁵⁸. Należy jednak zauważyć, że nie wszyscy prawnicy podzielają taką wykładnię – czego przykładem jest stanowisko Trybunału Konstytucyjnego w sprawie przesłanki embriopatologicznej przerwania ciąży⁵⁹.

Choć w polskim społeczeństwie katolicyzm odgrywa bez wątpienia dominującą rolę kulturową i historyczną, a odwołania do „antropologii chrześcijańskiej” pozostają istotnym elementem refleksji bioetycznej, nie oznacza to jednak, że prawo, w szczególności prawo medyczne, powinno być prostym odzwierciedleniem tego światopoglądu. Jak wskazuje Paweł Łuków, idea reprezentacji światopoglądów w procesie legislacyjnym okazuje się problematyczna w demokracji pluralistycznej, ponieważ prowadzi albo do nieuprawnionego utożsamienia prawa z nauczaniem określonych instytucji religijnych, albo do fikcyjnego założenia jednolitości przekonań w społeczeństwie. W konsekwencji źródłem uzasadnień dla regulacji prawnych nie mogą być poszczególne doktryny religijne, lecz wspólne wartości konstytutywne dla demokracji, takie jak wolność do realizowania dobrego, w rozumieniu jednostki życia i równość. Światopoglądy, w tym religijne, zachowują jednak znaczenie jako ważne źródło racji i argumentów w debacie publicznej, wpływając na wrażliwość moralną obywateli i polityków⁶⁰.

⁵⁶ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (t.j. Dz.U. z 1997 r., nr 78, poz. 483 ze zm.).

⁵⁷ Ibidem.

⁵⁸ P. Kuczma, *Prawna ochrona życia...*, s. 29-44.

⁵⁹ Wyrok TK z dnia 22.10.2020 r., sygn. K 1/20, OTK ZU A/2021, poz. 4.

⁶⁰ P. Łuków, *Rola światopoglądów w tworzeniu prawa medycznego*, „Prawo i Medycyna” 2011, nr 42 (13), s. 5-24.

5. Klauzula sumienia

Rozważając sprawę dostępu do antykoncepcji postkoitalnej, należy wspomnieć o tzw. klauzuli sumienia. Zmiana przepisów, która nastąpiła w 2017 roku, spowodowała, że preparat EllaOne stał się dostępny wyłącznie z przepisu lekarza, co spowodowało, że czas między niezabezpieczonym stosunkiem a możliwością zażycia leku potencjalnie uległ wydłużeniu. Dodatkowo lekarz, kierując się swoim sumieniem, może chcieć skorzystać z klauzuli sumienia i odmówić przepisania leku. Zgodnie z treścią art. 39 u.z.l.: „Lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, z zastrzeżeniem art. 30⁶¹, z tym że ma obowiązek odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Lekarz wykonujący zawód na podstawie stosunku pracy albo w ramach służby ma także obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego⁶²”. Wcześniej lekarz, korzystając z klauzuli sumienia w myśl przepisów zawartych w ustawie, miał obowiązek zapewnić informację o tym, gdzie powinien się zgłosić pacjent, aby uzyskać realizację oczekiwanego świadczenia zdrowotnego, po wyroku Trybunału Konstytucyjnego (7 października 2015, sygn. akt K 12/14), zmodyfikowano jednak treść przepisu⁶³.

Do zagadnienia klauzuli sumienia odniósł się w dwóch stanowiskach Komitet Bioetyki przy Prezydium PAN, pierwotnie w stanowisku nr 4/2013, gdzie wskazał, że lekarz ma prawo odmówić osobistego wykonania bądź współuczestniczenia w świadczeniu zdrowotnym wyłącznie wówczas, gdy działanie takie bezpośrednio narusza lub stwarza realne zagrożenie dla dobra, które według jego przekonań moralnych powinno podlegać bezwzględnej ochronie. Jednocześnie Komitet podkreślił, że lekarz nie może, powołując się na klauzulę sumienia, odmówić podjęcia

⁶¹ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 1516): „Lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki”.

⁶² Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 1516).

⁶³ Wyrok TK z dnia 07.10.2015 r., sygn. K 12/14, OTK ZU 9A/2015, poz. 143.

działań mających na celu dostarczenie pacjentowi informacji lub innych środków niezbędnych do podjęcia świadomej decyzji, o ile są one legalne i uzasadnione w świetle aktualnej wiedzy medycznej. W szczególności lekarz nie ma prawa odmówić wystawienia recepty na środki antykoncepcyjne, gdy decyzja o ich stosowaniu należy wyłącznie do pacjentki. Komitet uzasadnia taką ocenę rozróżnieniem między skutkiem pośrednim a bezpośrednim: „[...] Oznacza to, że działania profesjonalisty medycznego, które tylko w sposób pośredni i przy udziale innych podmiotów, w szczególności samego pacjenta, mogą doprowadzić do powstania sytuacji, którą profesjonalista uważa za złą, nie są objęte klauzulą sumienia”⁶⁴. Opinia ta została podtrzymana w stanowisku nr 1/2024, także z ujęciem korekty Trybunału Konstytucyjnego. Jeżeli lekarz mimo to uchyli się od wystawienia recepty, to jak wskazuje Komitet, obowiązkiem podmiotu leczniczego jest zapewnienie pacjentowi dostępu do innego lekarza, który taką receptę wystawi. Choć aktualne brzmienie art. 39 ustawy po orzeczeniu Trybunału Konstytucyjnego i nowelizacji z 2020 roku nie przewiduje takiego obowiązku, wynika on z samego kontraktu zawartego przez podmiot z Narodowym Funduszem Zdrowia, obejmującego komplet świadczeń w zakresie ginekologii i położnictwa⁶⁵.

W 2023 r. ze strony klubu parlamentarnego Lewicy pojawiła się propozycja usunięcia przepisu umożliwiającego lekarzowi odmówienia wykonania świadczenia, które jest niezgodne z jego sumieniem. W uzasadnieniu czytamy, że „powoływanie się na klauzulę sumienia zbyt często prowadzi do ograniczenia prawa pacjenta do świadczeń [...]. Nadużywanie przepisu art. 39 skutkuje pozostawieniem pacjentek bez należytej pomocy. Sprawdza to na nie ryzyko długotrwałego cierpienia, stanowi zagrożenie dla ich zdrowia, a w kilku przypadkach doprowadziło już do śmierci pacjentek”⁶⁶.

W kontekście omawiania dostępności środka leczniczego EllaOne należy również zwrócić uwagę na regulacje prawne dotyczące farmaceutów:

⁶⁴ Komitet Bioetyki przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk, *Stanowisko KB nr 4/2013*, https://ptgc.pl/wp-content/uploads/2018/02/8_Stanowisko_Komitetu_Bioetyki_4_2013_klauzula_sumienia.pdf.

⁶⁵ Komitet Bioetyki przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk, *Stanowisko KB nr 1/2024*, https://pan.pl/app/uploads/2024/10/stanowisko_kb_1_2024.pdf.

⁶⁶ *Lewica złożyła projekt uchwały znoszący tzw. klauzulę sumienia*, <https://lewica.org.pl/aktualnosci/9505-lewica-zlozyla-projekt-uchwaly-znoszacy-tzw-klauzule-sumienia>, [dostęp: 12.03.2024 r.].

choć w ustawie Prawo farmaceutyczne nie pojawia się żaden zapis umożliwiający farmaceucie powołanie się na klauzulę sumienia, taka sytuacja może się wydarzyć. Kluczowe jednak jest rozróżnienie między sytuacją, w której to przedsiębiorca prowadzący aptekę ogranicza dostępność produktów leczniczych – „Mając na uwadze poszanowanie praw jednostki w świetle ustawy zasadniczej jaką jest Konstytucja właściwym wydaje się dopuszczenie możliwości odmowy przez farmaceutę sprzedaży leków antykoncepcyjnych powołującego się na «klauzulę sumienia» przy czym przedsiębiorca prowadzący aptekę, u którego taka sytuacja występuje, musi zapewnić sprzedaż produktów leczniczych antykoncepcyjnych przez innego farmaceutę”⁶⁷.

Warto zaznaczyć, że w literaturze pojawiają się stanowiska idące dalej niż dyskusje i stanowiska dotyczące zakresu stosowania klauzuli sumienia. Olga Sitarz podaje w wątpliwość sam sens utrzymywania tej instytucji w porządku prawnym, wskazując, że: „Klauzula sumienia dyskryminuje tych wszystkich «odbiorców» prawnie zagwarantowanych usług i bezpieczeństwa, którzy ze względu na swoje cechy (poglądy, wyznanie, tożsamość w wielu obszarach, ale też pragnieniach i życzeniach) nie pasują do oglądu moralnego świata dostawcy usług i bezpieczeństwa”. Jej zdaniem, demokratyczne państwo prawne powinno w ogóle zrezygnować z takiej regulacji. Sitarz zauważa, że jedynym przypadkiem, w którym klauzula sumienia może być prawnie uzasadniona, jest sytuacja wykonywania poleceń podczas pełnienia obowiązkowej służby wojskowej – właśnie dlatego, że jej obligatoryjny charakter pozbawia jednostkę realnej swobody wyboru. W innych przypadkach integralność moralna może być zachowana poprzez: zmianę zawodu, rezygnację z określonej specjalizacji czy rozwiązanie stosunku pracy. Konflikty sumienia w zawodach cywilnych mogłyby być oceniane na gruncie ogólnej instytucji stanu wyższej konieczności (na podstawie art. 26 k.k.), co pozwalałoby indywidualnie rozważać intencje i okoliczności, zapobiegając jednocześnie nadużyciom prawa⁶⁸.

⁶⁷ A. Jędrzejczyk, *Klauzula sumienia w aptekach? Odpowiedź Głównego Inspektora Farmaceutycznego*, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/klauzula-sumienia-w-aptekach-odpowiedz-GIF>, [dostęp: 12.03.2024 r.].

⁶⁸ O. Sitarz, *Postulat usunięcia instytucji klauzuli sumienia z polskiego porządku prawnego*, „Przegląd Prawa Medycznego” 2023, nr 5(3), s. 5-31.

6. Dostęp małoletnich do tabletki „dzień po”

Kontrowersyjnym aspektem dotyczącym preparatu EllaOne jest, poza domniemanym działaniem wczesnoporonnym tabletki, dostęp osób małoletnich do tego leku. Pojawiają się opinie mówiące o tym, że umożliwienie małoletnim zakupu środków antykoncepcji awaryjnej uderza w relacje rodzinne i uniemożliwia rodzicom sprawowanie odpowiedzialności za zdrowie i życie swoich dzieci⁶⁹. Nie brakuje również głosów wyrażających obawę o zdrowie małoletnich dziewcząt, u podstaw której leży przeświadczenie, że dostępność tabletek „po” „zachęca do podejmowania przypadkowych kontaktów seksualnych, wzrostu liczby partnerów, a w konsekwencji wzrostu prawdopodobieństwa zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową”⁷⁰.

W Polsce, przed zmianą kategorii dostępności tabletkę EllaOne bez recepty mogła zakupić każda osoba, która ukończyła 15 rok życia. Granica wiekowa ma swoje źródło w art. 200 Kodeksu karnego o tzw. wieku zgody; dopiero po osiągnięciu tego wieku jest się uznanym za zdolnym do wyrażenia świadomej zgody na podjęcie czynności seksualnych⁷¹. Po zmianie przepisów, która spowodowała, że lek EllaOne stał się dostępny wyłącznie z przepisu lekarza, stała się prawdopodobna sytuacja, w której małoletnie osoby mają możliwość legalnego współżycia, jednak otrzymanie antykoncepcji awaryjnej bez wiedzy i zgody opiekunów ustawowych jest nieosiągalne. Zgodnie z art. 32 u.z.l., do przeprowadzenia badania osoby nieletniej, niezbędne jest uzyskanie zgody opiekuna ustawowego lub opiekuna faktycznego, natomiast w przypadku badania małoletniego, który ukończył 16 lat – również jego zgody⁷². Sytuację precyzyjnie określa

⁶⁹ *List otwarty Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich do Premiera RP w sprawie projektu ustawy umożliwiającej zakup bez recepty pigułki „dzień po”*, <https://pro-life.pl/list-otwarty-katolickiego-stowarzyszenia-lekarzy-polskich-do-premiera-rp/>, [dostęp: 12.03.2024 r.].

⁷⁰ *Stanowisko Zespołu Ekspertów KEP ds. Bioetycznych odnośnie do stosowania tzw. antykoncepcji doraźnej*, <https://diecezja.waw.pl/stanowisko-zespolu-ekspertow-kep-ds-bioetycznych-odnosnie-do-stosowania-tzw-antykoncepcji-doraznej/>, [dostęp: 12.03.2024 r.].

⁷¹ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 17).

⁷² Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 1516).

Stanowisko Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące pierwszej wizyty osoby małoletniej u lekarza ginekologa: „Wizyta osoby małoletniej u lekarza ginekologa powinna odbywać się w obecności przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. [...] Osoba małoletnia może poprosić o przeprowadzenie badania ginekologicznego w warunkach intymnych – bez obecności przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego, co powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej. Jeśli przedstawiciel ustawowy/opiekun faktyczny nie wyrazi zgody na badanie bez jego obecności, należy fakt ten odnotować w dokumentacji medycznej i przeprowadzić badanie w jego obecności. U osób małoletnich przed ukończeniem 16. roku życia przeprowadzenie badania ginekologicznego, procedur diagnostycznych i leczniczych (w tym i przepisanie środków antykoncepcyjnych) wymaga zgody przedstawiciela ustawowego (należy umieścić odpowiednią adnotację w dokumentacji medycznej). Fakt stwierdzenia rozpoczęcia współżycia seksualnego nie powinien być zatajony przed przedstawicielem ustawowym osoby małoletniej⁷³”. Częściowo odmienną, lecz dochodzącą do podobnych wniosków, interpretację przedstawia Rafał Kubiak, określając przepisanie środka antykoncepcji jako działanie niewiążące się z żadną terapią i nietraktowane jako świadczenie zdrowotne w rozumieniu art. 2 u.z.l. Zaznacza jednak, że takie rozumowanie jest ryzykowne: „[...] przepisanie [środków antykoncepcji – przyp. autora] powinno być poprzedzone badaniem diagnostyczny[m], które – w myśl podanej definicji – jest kwalifikowane jako świadczenie zdrowotne. Jeśli zatem użycie takich środków ma służyć poprawie stanu zdrowia pacjentki albo co najmniej wpływać na jej stan zdrowia, należałoby uznać, iż przepisanie ich jest świadczeniem zdrowotnym, którego udzielenie podlega regulom opisanym w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Ta z kolei w art. 32, poświęconym tzw. zabiegom prostym, wymaga uzyskania zgody przedstawiciela ustawowe-

⁷³ V. Skrzypulec-Plinta, A. Drosdzol-Cop, *Stanowisko Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Pierwsza wizyta osoby małoletniej u lekarza ginekologa*, „Ginekologia i Perinatologia Praktyczna” 2016, nr 1(2), s. 83-85.

go małoletniego (ew. tzw. zgody kumulatywnej, gdy małoletni ukończy lat 16)⁷⁴. Warto zauważyć, że *de facto* lekarze ginekolodzy nie prowadzą swojej działalności w oparciu o pojedyncze interpretacje prawnicze, a o stanowiska ekspertów (takich jak Polskie Towarzystwo Ginekologiczne).

Należy uwzględnić zagrożenia, które mogą wynikać z braku poczucia poufności u małoletnich, udających się na wizytę lekarską. Obawa przed ujawnieniem informacji opiekunom, w niektórych przypadkach może motywować małoletnich do zatajania istotnych faktów w trakcie wywiadu lekarskiego lub całkowitej rezygnacji z szukania pomocy medycznej⁷⁵. Wyniki niektórych badań prowadzonych w USA wskazują, że informowanie opiekunów o stosowaniu antykoncepcji przez osobę małoletnią, powoduje zniechęcenie do korzystania z metod zapobiegania ciąży przy jednoczesnym kontynuowaniu podejmowania kontaktów seksualnych⁷⁶, brak poufności demotywuje też osoby małoletnie do prowadzenia diagnostyki w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową⁷⁷.

De lege lata uzyskanie przez osoby małoletnie antykoncepcji awaryjnej może odbywać się na dwa sposoby: wykupienie recepty uzyskanej po wizycie lekarskiej lub w przypadku małoletnich powyżej 15 roku życia, korzystając z programu pilotażowego aptek, z ograniczeniem do jednej takiej recepty na 30 dni. Wątpliwości co do tego, czy w takiej sytuacji wymagana jest zgoda przedstawiciela ustawowego, rozstrzygnęła Naczelna Rada Aptekarska, która w komunikacie Naczelnej Izby Aptekarskiej wskazała jednoznacznie, że zaopatrywanie małoletniego pacjenta w produkt będący środkiem antykoncepcji awaryjnej wymaga takiej zgody⁷⁸.

⁷⁴ R. Kubiak, *Czy można przepisać preparat antykoncepcyjny (także po współżyciu) bez wiedzy rodzica?*, <https://www.mp.pl/pytania/pediatrics/chapter/B25.QA.21.1.5>.

⁷⁵ R.H. Allen, M. Forcier, *Seksualność nastolatków i zapobieganie ciąży*, „Ginekologia po Dyplomie” 2011, nr 3, s. 21-26.

⁷⁶ D.M. Reddy, R. Fleming, C. Swain, *Effect of mandatory parental notification on adolescent girls' use of sexual health care services*, „JAMA” 2002, nr 288(6), s. 710-714.

⁷⁷ R.K. Jones, H.D. Boonstra, *Confidential Reproductive Health Services for Minors: The Potential Impact of Mandated Parental Involvement for Contraception*, „Perspectives on Sexual and Reproductive Health” 2004, nr 36 (5), s. 182-191.

⁷⁸ O. Sierpniowska, A. Jędra, M. Waszyk-Nowaczyk, *Antykoncepcja awaryjna, wytyczne dla farmaceutów*, 2024, s. 19.

7. Podsumowanie

Podjęcie w pełni świadomej decyzji o zażyciu tabletki „dzień po” wymaga odpowiedzenia sobie na wiele pytań. Część wątpliwości wyjaśniona może być przez ciągły rozwój nauki – możemy na przykład z pewnością stwierdzić, że EllaOne jest lekiem bezpiecznym, nie powoduje ciężkich i trwałych efektów ubocznych, a ponadto nie wpływa negatywnie na płodność. Znamy również skuteczność tego środka antykoncepcji. Z perspektywy aktualnej wiedzy medycznej, nie ma uzasadnienia, aby uznawać go za środek wczesnoporonny. Pojawiają się jednak pytania natury etycznej o to, kiedy mamy do czynienia z początkiem człowieczeństwa. Wątpliwości etyczne dotyczące początku życia ludzkiego pozostają nierozstrzygalne – żadna z proponowanych definicji nie zdobyła powszechnej akceptacji, a spór filozoficzny i religijny ma charakter trwały. Prawo nie stanowi w tej kwestii jednoznacznej odpowiedzi, bowiem przepisy regulujące prawną ochronę życia pozwalają na szeroką ich interpretację. Tym bardziej nie można budować prawa w oparciu o hipotezy, które nie znajdują jednoznacznego potwierdzenia naukowego.

W demokratycznym państwie prawa rolą ustawodawcy nie jest narzucanie obywatelom jednego światopoglądu, lecz tworzenie ram, które pozwalają jednostkom postępować zgodnie z własnym sumieniem, przekonaniami i moralnością. Punktem odniesienia dla regulacji powinny być wspólne, podstawowe dla demokracji wartości – wolność, równość i poszanowanie godności osoby ludzkiej – a nie doktryny religijne czy ideologiczne. Dlatego dostęp do antykoncepcji awaryjnej należy postrzegać nie tylko jako zagadnienie medyczne, ale także jako test zdolności prawa do ochrony pluralizmu i zapewnienia neutralności światopoglądowej. Ostateczna decyzja o skorzystaniu z antykoncepcji postkoitalnej powinna należeć do pacjentki, natomiast zadaniem państwa jest stworzenie warunków, w których może ona ją podjąć w sposób świadomy, bez barier administracyjnych i dyskryminacyjnych.

W tym kontekście należy zauważyć, że regulacje dotyczące dostępności EllaOne nie stanowią jedynie odzwierciedlenia wiedzy medycznej, a prawo

medyczne w Polsce balansuje między aktualnym stanem wiedzy a silnie zakorzenionymi sporami ideologicznymi.

Bibliografia:

- 100 konkretów na pierwsze 100 dni rządów!*, <https://100konkretow.pl/wszystkie-konkrety/>, [dostęp: 02.03.2024 r.].
- Allen R.H., Forcier M., *Seksualność nastolatków i zapobieganie ciąży*, „Ginekologia po Dyplomie” 2011, nr 3.
- Antykoncepcja awaryjna dostępna bez recepty – Rada Ministrów przyjęła projekt ustawy, stenogram wypowiedzi Premiera Donalda Tuska*, <https://www.gov.pl/attachment/ab0cb5fa-5643-42c5-8b7d-8c143409acae>, [dostęp: 02.03.2024 r.].
- Apelujemy o niezmienną zasadę wydawania ella-One!*, <https://www.medexpress.pl/pacjent/apelujemy-o-niezmiennosc-zasad-wydawania-ella-one-66133/>, [dostęp: 04.03.2024 r.].
- Biesaga T., *Status embrionu - stanowisko personalizmu ontologicznego*, https://www.mp.pl/etyka/poczatki_zycia/24784,status-embrionu-stanowisko-personalizmu-ontologicznego, [dostęp: 09.03.2024 r.].
- Brache V., Cochon L., Deniaud M., Croxatto H.B., *Ulipristal acetate prevents ovulation more effectively than levonorgestrel: analysis of pooled data from three randomized trials of emergency contraception regimens*, „Contraception” 2013, nr 88 (5).
- Charakterystyka Produktu Leczniczego (EllaOne 30 mg tabletki), <http://chpl.com.pl/#detail=9787011!54998462>, [dostęp: 07.03.2024 r.].
- Chidiac A.S., Buckley N.A., Nogrehchi F., Cairns R., *Paracetamol (acetaminophen) overdose and hepatotoxicity: mechanism, treatment, prevention measures, and estimates of burden of disease*, „Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology” 2023, nr 19 (5).
- Emergency contraception*, <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>, [dostęp: 07.03.2024 r.].
- Ferri F.F., *Ferri's Clinical Advisor 2017 E-Book: 5 Books in 1*, 2017.
- Franczak W., *Spór o status ludzkiego embrionu w kontekście rozważań na temat in vitro*, „Acta Iuridica Resoviensia” 2023, nr 2 (41).

Główny Urząd Statystyczny, *Stan i struktura demograficzno-społeczna i ekonomiczna ludności Polski w świetle wyników NSP 2021*, 2022.

Gunnell D., Hawton K., Bennewith O., Cooper J., Simkin S., Donovan J., Evans J., Longson D., O'Connor S., Kapur N., *Studies to evaluate the impact of the 1998 UK legislation restricting pack sizes of paracetamol*, „A multicentre programme of clinical and public health research in support of the National Suicide Prevention Strategy for England” 2013.

Janik K., Popławska M., Harasim-Piszczałowska E., *Antykoncepcja awaryjna* [w:] *Holistyczny wymiar współczesnej medycyny. Tom 4*, red. E. Krajewska-Kulak, C.R. Łukaszuk, J. Lewko, W. Kulak, Białystok 2018.

Jędrzejczyk A., *Klauzula sumienia w aptekach? Odpowiedź Głównego Inspektora Farmaceutycznego*, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/klauzula-sumienia-w-aptekach-odpowiedz-GIF>, [dostęp: 12.03.2024 r.].

Jones R.K., Boonstra H.D., *Confidential Reproductive Health Services for Minors: The Potential Impact of Mandated Parental Involvement for Contraception*, „Perspectives on Sexual and Reproductive Health” 2004, nr 36 (5).

Kielczykowska A., Kropiwiec K., *Andrzej Duda zawetował ustawę dotyczącą tabletki „dzień po”*, <https://www.gazetaprawna.pl/wiadomosci/kraj/artykuly/9475187,andrzej-duda-zawetowal-ustawe-dotyczaca-tabletki-dzien-po.html>, [dostęp: 29.03.2024 r.].

Kobyliński A., *Ocena moralna preparatu EllaOne*, https://opoka.org.pl/biblioteka/Z/ZR/niedziela201722_ella, [dostęp: 12.03.2024 r.].

Kobyliński A., *Spór moralny o pigułkę ellaOne*, „Polonia Christiana” 2017, nr 56.

Komitet Bioetyki przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk, *Stanowisko KB nr 4/2013*, https://ptgc.pl/wp-content/uploads/2018/02/8_Stanowisko_Komitetu_Bioetyki_4_2013_klauzula_sumienia.pdf.

Komitet Bioetyki przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk, *Stanowisko KB nr 1/2024*, https://pan.pl/app/uploads/2024/10/stanowisko_kb_1_2024.pdf.

Kondrat M., *Opinia prawna stanowiąca uzupełnienie opinii na temat obowiązku wprowadzenia przez Polskę do sprzedaży aptecznej bez recepty produktu leczniczego ellaOne*, „Zeszyty Prawnicze” 2015, nr 1 (45).

Krzyszowska R., *EllaOne, czyli usuwanie ciąży domowym sposobem*, <https://www.przewodnik-katolicki.pl/Archiwum/2015/Przewodnik-Katolicki-4-2015/Zdrowie/EllaOne-czyli-usuwanie-ciazy-domowym-sposobem>, [dostęp: 03.10.2025 r.].

- Kubiak R., *Czy można przepisać preparat antykoncepcyjny (także po współżyciu) bez wiedzy rodzica?*, <https://www.mp.pl/pytania/pediatrics/chapter/B25.QA.21.1.5>.
- Kuczma P., *Prawna ochrona życia [w:] Realizacja i ochrona konstytucyjnych wolności i praw jednostki w polskim porządku prawnym. Słowo wstępne*, red. M. Jabłoński, Wrocław 2014.
- Lewica złożyła projekt uchwały znoszący tzw. klauzulę sumienia. <https://lewica.org.pl/aktualnosci/9505-lewica-zlozyla-projekt-uchwaly-znoszacy-tzw-klauzule-sumienia>, [dostęp: 12.03.2024 r.].
- List otwarty Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich do Premiera RP w sprawie projektu ustawy umożliwiającej zakup bez recepty pigułki „dzień po”, <https://pro-life.pl/list-otwarty-katolickiego-stowarzyszenia-lekarzy-polskich-do-premiera-rp/>, [dostęp: 12.03.2024 r.].
- Łuków P., *Rola światopoglądów w tworzeniu prawa medycznego*, „Prawo i Medycyna” 2011, nr 42 (13).
- M. Osńska, *Nieetyczne i nielegalne – pigułka „dzień po” bez recepty*, <https://www.ekai.pl/nieetyczne-i-nielegalne-pigulka-dzien-po-bez-recepty/>, [dostęp: 03.10.2025 r.].
- Ministerstwo Zdrowia, *Odpowiedź Ministerstwa Zdrowia na oświadczenie senator Janny Sagatowskiej*, https://www.senat.gov.pl/gfx/senat/userfiles/_public/k8/dokumenty/stenogram/oswiadczenia/sagatowska/7002o.pdf, [dostęp: 04.03.2024 r.].
- Mirska D., *Awantura o pigułkę*, <https://www.termedia.pl/ginekologia/Avantura-o-pigulke,54584.html>, [dostęp: 02.03.2024 r.].
- Olejniczak D., Kuszel K., *Opinia na temat obowiązku wprowadzenia przez Polskę do sprzedaży aptecznej bez recepty produktu leczniczego ellaOne*, „Zeszyty Prawnicze” 2015, nr 1 (45).
- Paez E., *Emergency Contraceptives and the Beginning of Human Animals*, „Bioethics” 2016, nr 30 (6).
- Prusak M., *Jedna tabletką, dwie różne ulotki. Farmaceuta tłumaczy, czego Polki nie słyszą o ellaOne*, <https://opoka.org.pl/News/Polska/2024/ellaone-ulotki>, [dostęp: 02.03.2024 r.].
- Radio Maryja, *Wyraż swój sprzeciw wobec zwiększenia dostępu do pigułki „dzień po”!*, <https://www.radiomaryja.pl/informacje/wyraz-swoj-sprzeciw-wobec-zwiekszenia-dostepu-do-pigulki-dzien-po/>, [dostęp: 02.03.2024 r.].

- Reddy D.M., Fleming R., Swain C., *Effect of mandatory parental notification on adolescent girls' use of sexual health care services*, „JAMA” 2002, nr 288(6).
- Rosato E., Farris M., Bastianelli C., *Mechanism of Action of Ulipristal Acetate for Emergency Contraception: A Systematic Review*, „Frontiers in Pharmacology” 2016, nr 6.
- Rząd przyjął projekt ustawy, który wprowadza ratunkowy dostęp do technologii lekowych, <https://archiwum.mz.gov.pl/aktualnosci/rzad-przyjal-projekt-ustawy-ktory-wprowadza-ratunkowy-dostep-do-technologii-lekowych/>, [dostęp: 04.03.2024 r.].
- Rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne, <https://www.sejm.gov.pl/sejm10.nsf/PrzebiegProc.xsp?id=94A2FB3C90E7B-929C1258AB6004FF98B>, [dostęp: 09.04.2024 r.].
- Rzecznik pisze do Ministra Zdrowia w sprawie antykoncepcji awaryjnej, klauzuli sumienia i edukacji seksualnej, https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rzecznik-pisze-do-ministra-zdrowia-w-sprawie-antykoncepcji-awaryjnej-klauzuli-sumienia-i-edukacji#_ftnref2, [dostęp: 04.03.2024 r.].
- Sierpniowska O., Jędra A., Waszyk-Nowaczyk M., *Antykoncepcja awaryjna, wytyczne dla farmaceutów*, 2024.
- Sitarz O., *Postulat usunięcia instytucji klauzuli sumienia z polskiego porządku prawnego*, „Przegląd Prawa Medycznego” 2023, nr 5(3).
- Skrzypulec-Plinta V., Drosdzol-Cop A., *Stanowisko Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Pierwsza wizyta osoby małoletniej u lekarza ginekologa*, „Ginekologia i Perinatologia Praktyczna” 2016, nr 1(2).
- Solomon E.P., Berg L.R., Martin D.W., *Biologia wg IX wydania amerykańskiego*, Warszawa 2016.
- Stanowisko Zespołu Ekspertów KEP ds. Bioetycznych odnośnie do stosowania tzw. antykoncepcji doraźnej, <https://diecezja.waw.pl/stanowisko-zespołu-ekspertow-kep-ds-bioetycznych-odnosnie-do-stosowania-tzw-antykoncepcji-doraznej/>, [dostęp: 12.03.2024 r.].
- Stratton P., Levens E.D., Hartog B., Piquion J., Wei Q., Merino M., Nieman L.K., *Endometrial effects of a single early luteal dose of the selective progesterone receptor modulator CDB-2914*, „Reproductive biology” 2010, nr 93 (6).

- Szczepańska A., *Zdrowie w programach wyborczych – przegląd partyjnych propozycji*, <https://cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/zdrowie-w-programach-wyborczych-przeglad-partyjnych-propozycji>, [dostęp: 02.03.2024 r.].
- Szkwarek W., *Projekt ustawy w sprawie pigułki „dzień po” trafił do wykazu prac RM*, <https://www.gazetaprawna.pl/wiadomosci/kraj/artykuly/9405222,projekt-ustawy-w-sprawie-pigulki-dzien-po-trafil-do-wykazu-prac-rm.html>, [dostęp: 02.03.2024 r.].
- Tabletki wczesnoporonne*, <https://web.archive.org/web/20250426124210/https://ordoiuris.pl/tabletki-wczesnoporonne>, [dostęp: 12.03.2024 r.].
- Warren M.A., *On the Moral and Legal Status of Abortion*, „The monist” 1973.
- Woolley D., Woolley A., *Practical toxicology: evaluation, prediction, and risk*, 2017.

Orzecznictwo:

- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 07.10.2015, sygn. K 12/14, OTK ZU 9A/2015, poz. 143.
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22.10.2020, sygn. K 1/20, OTK ZU A/2021, poz. 4.

S u m m a r y

Emergency contraception without prescription. Ethical, medical and legal analysis of EllaOne accessibility

The public debate on the topic of emergency contraception was revived when in early 2024 the Council of Ministers adopted an amendment to the law, according to which the medicinal product EllaOne – ulipristal acetate was to be again made available without a prescription for all individuals over the age of 15. In 2017, citing safety reasons and concerns about the health of women using emergency contraception, access to the EllaOne product was restricted, allowing it to be dispensed only

with a doctor's prescription. Supporters of broad access to emergency contraception point out that EllaOne is a safe drug, and adverse effects are relatively rare and do not pose a threat to health. Furthermore, the requirement of a prescription prolongs the time between intercourse and taking the medication, which may affect its effectiveness and incur additional costs. Opponents, on the other hand, argue that the biological effect of ulipristal acetate on the endometrium may prevent implantation, equating the drug with an early abortifacient. The discourse on emergency contraception requires citing both biological and medical arguments, as well as reflecting on the definition of the beginning of human life, it is not free from ideological influences and inevitably involves strong emotions. Fluctuations in regulations regarding the availability of the EllaOne drug are living proof that the ethical dispute is directly reflected in legislative changes.

Key words: emergency contraception, conscience clause, reproductive rights, legal protection of life

DR HAB. MARLA BORATYŃSKA, PROF. UCZ.

UNIWERSYTET WARSZAWSKI

ORCID: 0000-0002-2062-0499

***Periculum in mora*. Samodzielna realizacja prawa do ochrony zdrowia przez małoletniego pacjenta w wieku poniżej 16 lat¹**

DOI: 10.70537/PPM/219065

S t r e s z c z e n i e

Realne poszanowanie praw dziecka w wieku poniżej 16 lat w sprawach zdrowotnych, zgodne z udowodnioną badaniami kształtującą się zdolnością autonomii i stosownie do trudności podejmowanych zadań decyzyjnych, wymaga przemyślanego wykorzystania i zastosowania przepisów o pomocy medycznej w przypadkach niecierpiących zwłoki, przy uważnym wsluchaniu się w głos dziecka zgłaszającego problem zdrowotny lub niepokojące je objawy. Głównymi błędami w ocenie wymagającym skorygowania są: bagatelizowanie zgłaszanych przez dziecko dolegliwości, odsyłanie go po asystę rodziców oraz zdawanie się w całości na ich opinię. Elastyczna wykładnia przepisów przewidzianych na okoliczności nadzwyczajne pozwala wypełnić lukę decyzyjną między intencjonalnymi zaniechaniami rodzicielskimi wbrew uzasadnionym potrzebom zdrowotnym dziecka a prawną niezdolnością decyzyjną młodego pacjenta obdarzonego jednak faktyczną dojrzałością do sprostania zadaniu. Wymaga tylko umiejscowienia w kontekście konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia, mechanizmu ochrony faktycznej dóbr osobistych, uznania zaniechania rodziców za nadużycie prawa do decydowania zastępczego

¹ Artykuł stanowi studium przyczynkarskie dla większego opracowania monograficznego *Prawa dziecka pacjenta w kryzysowych sytuacjach zdrowotnych* przygotowywanego do druku.

i władzy rodzicielskiej oraz bioetycznego konceptu roli faktycznego przyzwolenia przez pacjenta obdarzonego zdolnością autonomii. Brak wsparcia ze strony rodzica dla dziecka w oczywistej potrzebie zdrowotnej stanowi sam w sobie okoliczność nadzwyczajną wymagającą interwencji. Proponowana interpretacja idzie pod prąd dotychczasowej wykładni doktrynalnej.

Słowa kluczowe: zabieg medyczny, dziecięcy pacjent, autonomia faktyczna, uświadomione przyzwolenie, zgoda dziecka, zdolność decyzyjna

Wstęp

W nauce prawa medycznego przyjęło się uważać ustawowo określony próg wieku ograniczonej zdolności decyzyjnej wynoszący 16 lat za niewzruszalny, gdy chodzi o leczenie rutynowe. Polskie prawo medyczne zdecydowanie nie docenia zdolności umysłowych dzieci i młodzieży. Na zasadach ogólnych Kodeksu cywilnego człowiek nabywa ograniczoną zdolność do czynności prawnych z chwilą ukończenia 13 lat. Samodzielne zawieranie umów powszechnie zawieranych w drobnych bieżących sprawach życia codziennego może być prawnie skuteczne nawet w wykonaniu dzieci przed ukończeniem tego wieku. Decyzje zdrowotne stanowią jednak sposób decydowania o własnym ciele, zdrowiu, a nawet życiu. Dlatego zdecydowanie bliżej niż do rozporządzania majątkiem jest im do zezwoleń w sferze dóbr osobistych. Żadne z tych zadań decyzyjnych nie przedstawia się jako kategoria istotnie trudniejsza od drugiej, aczkolwiek w każdej z nich trudność konkretnych decyzji jest zróżnicowana i istnieją zadania łatwe do zrozumienia i przetworzenia także dla siedmiolatka. Zdanie to może wydawać się obrazoburcze na potrzeby ochrony zdrowia, ale wszak kluczem do oceny wkroczenia innej osoby w sferę dóbr osobistych są szanowane przez otoczenie nie tylko deklarowane wartości, ale także emocje – na czele ze wstydem, ale też ze strachem przed zachorowaniem, które odczuwają już dzieci kilkuletnie. Polski prawodawca arbitralnie uznał jednak, że w każdej sprawie własnego zdrowia potrzebny jest wyższy pułap

wieku decyzyjnego i tej linii trzyma się od prawie trzydziestu lat: ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty (u.z.l.) weszła w życie w 1997 r.² Poprzednia ustawa lekarska, uchwalona w 1950 r., stanowiła tylko tyle, że wobec małoletniego, czyli u osoby, która nie ukończyła 18 lat, wyłączna zgoda przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego była wymagana na zabieg operacyjny.

Podczas niedawnej pandemii COVID-19 młodzież nie mogła zaszczepić się bez zgody rodziców, mimo że zagrożenie zachorowaniem z realnym skutkiem śmiertelnym albo ciężkich powikłań pojawiało się przy każdym kroku za próg mieszkania i niektórzy słusznie bali się pójść do szkoły, zaś inni przynosili stamtąd infekcję. W niesławnej sprawie rozpoznanej przez Europejski Trybunał Praw Człowieka jako *P i S przeciwko Polsce*³ zgwałcona i poturbowana czternastolatka, która zgłosiła się do szpitala w towarzystwie przyjaciółki, została odprawiona z niczym i poinstruowana, że ma przyjść z matką.

Modelowy charakter ma sytuacja, gdy dziecko w potrzebie zdrowotnej zgłasza się po pomoc medyczną w towarzystwie jednego z rodziców, ewentualnie z opiekunem faktycznym. Jeśli zaś przychodzi samo, deklarując potrzebę otrzymania pomocy, stanowi to fakt sam w sobie niepokojący, ponieważ powinnością rodzica jest stać przy dziecku: organizować pomoc lekarską, torować drogę przez formalności, udzielać lekarzom informacji według swej najlepszej wiedzy i wspierać dziecięcego pacjenta kojącą obecnością. Z prawnego punktu widzenia głównym zadaniem rodzica jest natomiast udzielać formalnej zgody na leczenie dziecka poniżej lat 16, ilekroć zachodzi taka potrzeba. Od razu więc pojawia się pytanie, dlaczego rodzic jest nieobecny i tego nie robi.

W polskim prawie medycznym głównym źródłem nieporozumień co do zakresu kompetencji rodzicielskich w reprezentowaniu interesów zdrowotnych dziecka jest „prawo” rodzica do decydowania o leczeniu dziecka, niefortunnie tak nazwane w art. 17 Ustawy o prawach pacjenta

² Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 1997 r., nr 28, poz. 152 ze zm.).

³ Wyrok ETPC z dnia 30.10.2012 r., *P. i S. przeciwko Polsce*, skarga nr 57375/08, HUDOC.

i Rzeczniku Praw Pacjenta (u.p.p.).⁴ W u.p.p. zwrot „mieć prawo” jest używany na takich samych zasadach w odniesieniu do pacjenta, jak i do niektórych innych osób. Według art. 17 u.p.p. wyrazić zgodę na świadczenie zdrowotne „ma prawo” zarówno pacjent, jak i przedstawiciel ustawyowy pacjenta niesamodzielnego prawnie, a identyczne sformułowania w obu przepisach stwarzają ryzyko jednakowej oceny sytuacji zgody własnej i zgody zastępczej. Grozi to zatarciem różnicy między właściwym prawem pacjenta, stanowiącym uprawnienie moralne poddane ochronie prawnej, wykonywanym swobodnie i samodzielnie, a czysto techniczną kompetencją osoby trzeciej. Tymczasem nie ma tutaj żadnej symetrii. W zetknięciu z ogólnymi regulacjami prawa rodzinnego jest to tylko niezręczność stylistyczna, która nie może w oderwaniu od całego systemu prawnego kreować swobodnego uprawnienia własnego po stronie jakiegokolwiek przedstawiciela ustawowego, nie tylko rodzica. Zgoda własna jest suwerennym prawem pacjenta, natomiast zgoda zastępcza przedstawiciela ustawowego stanowi przyznaną ustawowo kompetencję, której wykonawca jest na podstawie art. 95 § 3 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego (k.r.o.) ściśle związany kryterium dobra podopiecznego. Z uwagi na charakter prawny zastępczej tylko zgody na opiekę medyczną, która wkracza w integralność ciała należącego do podopiecznego, „prawo” przedstawiciela ustawowego nie może być traktowane jako samodzielne i niezależne, podobnie jak prawa rodzicielskie nie upoważniają do traktowania dziecka niczym przedmiotu własności prywatnej. Władza rodzicielska nie daje pola do swobodnego ani „autonomicznego” wyboru. Przedstawiciel ustawyowy, w szczególności rodzic, nie może w sprawach podopiecznego decydować autonomicznie i zgodnie z własnymi przekonaniami, bo nie reprezentuje żadnych interesów własnych, tylko cudze i to zgodnie z ustawowymi wytycznymi. Ma więc przyznaną jedynie kompetencję do reprezentowania interesów osoby niesamodzielnej prawnie stosownie do dyrektyw ustawowych.

⁴ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 581 ze zm.).

Prawa i wolności są stanowione dla ochrony interesów własnych. Realizacja norm prawa rodzinnego w sprawie opieki nad dzieckiem polega na podążaniu za usprawiedliwionymi potrzebami i własnym zdaniem dziecka (przy uwzględnieniu jego faktycznej kompetencji umysłowej), wspieraniu w ich podejmowaniu i podsuwaniu możliwych rozwiązań. Samodzielne decydowanie przez rodzica ponad głową i bez porozumienia z dzieckiem znajduje uzasadnienie tylko w razie, gdy ono samo okaże się do tego niezdolne. Problem jednak w tym, że w naszym prawie dziecko poniżej lat 16 nie dysponuje na zasadach ogólnych formalną zdolnością decydowania w sprawach ochrony zdrowia. Rodzicom można w konkretnym przypadku skutecznie zarzucić nadużycie władzy przez działanie lub zaniechanie, które wolno traktować jako niekorzystające z ochrony bezprawie. W sensie formalnoprawnym nie da się jednak zastąpić rodzicielskiego braku decyzji niczym operatywnym.

Wprawdzie wobec zaniedbań i nadużyć rodzicielskiej pieczy przysługuje sądowa droga ochrony, praktyka przedstawia się jednak inaczej, gdy brakuje efektywnych sposobów kontroli oraz mechanizmów pozwalających wyminąć niezrozumiały opór rodziców w sprawach tak oczywistych, jak codzienna ochrona zdrowia dziecka. Legalne sposoby przełamania bezczynności lub nieuzasadnionego sprzeciwu rodziców wobec leczenia istnieją, ale funkcjonują zbyt ospale jak na praktyczne potrzeby efektywności działań medycznych, a przede wszystkim dostęp do nich przedstawia się jako w rzeczywistości nieosiągalny dla samego dziecka bez poparcia innych dorosłych.

Przez czas obowiązywania nowej ustawy lekarskiej i spójnych z nią pod względem progu wieku decyzyjnego aktów – jak ustawa o ochronie zdrowia psychicznego⁵ – wśród lekarzy utrwalilo się przekonanie, że bez zgody rodzica nie wolno wykonać u dziecka żadnych czynności medycznych, o ile nie mają na celu uchylenia bezpośredniego niebezpieczeństwa zdrowotnego. To kreuje obraz sytuacji dziecka w opiece medycznej jako zależności praktycznie własnościowej. Ochrona sądowa jest uruchamiana tylko w okolicznościach dramatycznych, a nawet wtedy zawodzi – o czym przekonuje niedawna głośna sprawa śmierci ośmioletniego Kamilka z Czę-

⁵ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 917).

stochowy. Zaniedbania w zapewnieniu opieki lekarskiej nie prowadzą zwykle do następstw równie wstrząsających (choć można podać i takie przykłady), naruszają jednak konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia, które służy dziecku, a przez jego rodziców ma być tylko reprezentowane i wykonywane w jego imieniu zgodnie z jego najlepiej pojętym interesem.

Przy takim kształcie polskich unormowań prawnych, realne poszanowanie praw dziecka w sprawach zdrowotnych wymaga przemyślanego wykorzystania i zastosowania przede wszystkim przepisów o pomocy medycznej w przypadkach niecierpiących zwłoki, przy uważnym wsłuchaniu się w głos dziecka zgłaszającego problem zdrowotny lub niepokojące je objawy. Głównymi błędami w ocenie wymagającym wypunktowania i skorygowania są: bagatelizowanie zgłaszanych przez dziecko dolegliwości, odsyłanie go po asystę rodziców oraz zdawanie się w całości na ich opinię. Elastyczna wykładnia przepisów przewidzianych na okoliczności nadzwyczajne pozwala moim zdaniem wypełnić lukę decyzyjną między intencjonalnymi zaniechaniami rodzicielskimi wbrew uzasadnionym potrzebom zdrowotnym dziecka a prawną niezdolnością decyzyjną młodego pacjenta obdarzonego przy tym faktyczną dojrzałością do sprostania zadaniu. Trzeba tylko umiejscowić ją w odpowiednim kontekście normatywnym i aksjologicznym: konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia, mechanizmu ochrony dóbr osobistych, skutku uznania danego zamysłu rodziców za nadużycie władzy rodzicielskiej oraz bioetycznego konceptu roli faktycznego przyzwolenia przez pacjenta obdarzonego zdolnością autonomii na interwencję medyczną w swój organizm. W tym miejscu warto ponownie podkreślić, że brak wsparcia przez rodzica dla dziecka w oczywistej potrzebie zdrowotnej stanowi sam w sobie okoliczność nadzwyczajną wymagającą interwencji. Proponowana tutaj interpretacja idzie pod prąd dotychczasowej wykładni doktrynalnej.

1. Faktyczna autonomia dzieci i młodzieży

W rozważaniach etycznych autonomia oznacza tyle, co samostanowienie jednostki w sensie decydowania o własnej drodze życiowej albo prawo do takiego samostanowienia. W idei autonomii jako wolności jednostki łączą

się wątki zdolności faktycznej oraz nadanych uprawnień. Autonomia jako zdolność polega na zdolności jednostki do decydowania o sobie. Wymaga to spełnienia warunków pozwalających stwierdzić, że dana osoba może i potrafi podejmować decyzje o własnym losie. Jako zdolność autonomia jest stopniowalna. Autonomia jako uprawnienie przekłada się zaś na prawną swobodę decydowania we własnych sprawach⁶. W etyce medycznej oraz w prawie autonomię pacjenta wiąże się zwykle z uzyskiwaniem uświadomionej zgody na leczenie.

Ten rodzaj decyzji ma rzeczywiście znaczenie podstawowe, ale realizowanie autonomii w sferze ochrony własnego zdrowia nie ogranicza się do decydowania o leczeniu, tylko rozciąga na wykonywanie również pozostałych praw pacjenta oraz na dysponowanie dobrami osobistymi powiązanych z leczeniem, jak przykładowo prywatność podczas pobytu w szpitalu. Autonomia oznacza niezależność od przymusu ze strony innych, ale też od wewnętrznych ograniczeń uniemożliwiających rzeczywisty wybór – takich jak brak należytej zdolności pojmowania. Decyzja zasługuje na miano autonomicznej przy spełnieniu dwóch warunków. Pierwszym jest wolność, tzn. niezależność od czynników kontrolujących, zarówno przymusu ze strony innych, jak i ograniczeń wewnętrznych uniemożliwiających rzeczywisty wybór. Drugi, określaný jako spontaniczność, polega na zdolności do działania intencjonalnego⁷. Aby więc działanie uważać za autonomiczne, wystarczy, by pacjent postępował intencjonalnie, z dostatecznym zrozumieniem i bez wpływu czynników zewnętrznych, determinujących jego decyzje⁸.

Kryteria autonomiczności trzeba odnosić do poszczególnych decyzji i ich kontekstu sytuacyjnego, nie zaś do samych abstrakcyjnych władz umysłowych osoby. Pacjent zdolny do działania autonomicznego może nie działać autonomicznie, np. gdy udziela zgody na określone działanie medyczne bez zrozumienia. Może też *in concreto* dokonać autonomiczne-

⁶ Tak P. Łuków, *Świadoma zgoda pacjenta* [w:] P. Łuków, T. Pasierski, *Etyka medyczna z elementami filozofii*, Warszawa 2019, s. 146.

⁷ T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, Warszawa 1996, s. 132.

⁸ Ibidem, s. 134.

go wyboru, gdy co prawda nie rozumie objaśnień lekarza, ale decyduje na podstawie własnych wcześniejszych doświadczeń z podobnymi problemami zdrowotnymi. Kryteria te są stopniowalne. Dla ich spełnienia nie jest konieczne całkowite zrozumienie ani brak jakichkolwiek bodźców z zewnątrz: liczy się zrozumienie dostateczne i nieuleganie zewnętrznej presji. Autonomiczności decyzji nie wyklucza samo w sobie hołdowanie tradycjom, autorytetom czy normom religijnym, jeśli ma charakter intencjonalny.

Dla uznania decyzji za autonomiczną nie wystarczy, żeby była wolna od przymusu, lecz by ponadto została podjęta przy dostatecznej orientacji we własnym położeniu. Warunek ten nie jest spełniony, gdy pacjent działa w istotnym błędzie co do okoliczności faktycznych, który gdyby nie miał miejsca, to ta sama osoba, z jej subiektywnymi preferencjami życiowymi, postąpiłaby inaczej. Logika szacunku dla autonomii polega na tym, że decyzje, których skutki dotknąć mogą wyłącznie daną osobę, pozostawia się jej samej, po upewnieniu się, że dostatecznie rozumie własną sytuację na poziomie faktów.

W decyzje osób dorosłych i samodzielnych prawnie demokratyczny system prawny co do zasady nie ingeruje i tym samym pozwala im ponosić konsekwencje swoich własnych błędów. Gdy jednak chodzi o osobę małoletnią i znajdującą się pod pieczęcią, przynajmniej niektóre kryteria, które w niedopuszczalny sposób ograniczałyby autonomię dorosłego, mogą znaleźć zastosowanie dla celów weryfikacji decyzji dziecka z punktu widzenia dostatecznej dojrzałości osądu. Dorosły i sprawny umysłowo pacjent ma prawo nie chcieć leczenia pod wpływem kaprysu, irracjonalnych obaw, subiektywnych niechęci, a nawet bez podawania przyczyn, natomiast wybory dokonywane przez dziecko mogą i powinny być weryfikowane, by uchronić je przed negatywnymi skutkami niektórych decyzji i poważnymi szkodami. Autonomia dziecka nie polega więc na tym samym, co autonomia osoby dorosłej. W ocenę włączony jest czynnik kontrolujący: czy młoda osoba na pewno wie, co robi, czy obejmuje umysłem konsekwencje swoich decyzji, czy zdaje sobie sprawę z ryzyka i czy naprawdę chce sama dla siebie tego, co deklaruje. Zasadnicza różnica między autonomicznym dorosłym a autonomicznym dzieckiem polega na tym, że

dorosłego traktuje się z zasady jako ukształtowaną osobowość, podczas gdy tego samego nie można powiedzieć o dziecku, nawet jeśli jest ponad wiek rozwinięte psychicznie, obdarzone nieprzeciętną inteligencją oraz samodzielnie myślące i rezolutne. Wprawdzie wiadomo z doświadczenia, że również nie wszyscy dorośli są wystarczająco dojrzały i z ukształtowaną psychiką, a przełom nie następuje magicznie z chwilą ukończenia 18 lat. Przez to jednak, że prawo nadaje im pełną kompetencję decyzyjną, można mówić w odniesieniu do nich o swego rodzaju fikcji na potrzeby prawa do decydowania, polegającej na przyjęciu założenia, iż dorośli potrafią o siebie zadbać. Gdy zaś chodzi o dziecko, to domyślnie wymaga ono troski i wsparcia ze względu na swoją niesamodzielność życiową, więc można i trzeba za każdym razem zastanawiać się nad słusnością dokonywanych przez nie wyborów. W praktyce kompetencja dziecka może być ograniczona, a te ograniczenia są zróżnicowane i zależą od dużo większej liczby czynników niż u dorosłego. Trzeba więc poddawać rewizji w szczególności decyzje zdrowotne dziecka, czy aby na pewno są dostatecznie dojrzałymi. Nie znaczy to jednak, że wolno je w ogóle ignorować, lekceważyć albo z zasady podważać. Dziecko tak samo jak dorosły należy samo do siebie i to o jego ciało chodzi, tylko nie zawsze potrafi dobrze zatroszczyć się o własne dobro. Nie równa się to wszakże uznaniu, że ktoś inny może i powinien odgórnie sterować jego decyzjami – tylko że w podejmowaniu trudniejszych decyzji dziecko potrzebuje wspierania. Jeśli respektujemy wartość moralną autonomii, to konsekwentnie musimy też uznać, że decyzja w sprawie poddania się leczeniu nie jest decyzją o naturze czysto medycznej, lecz także rodzajem wyboru moralnego⁹. Wobec tego powinno się pozwolić ją podjąć każdej jednostce, która wykazuje zdolność do moralnej refleksji nad sprawami własnego zdrowia.

Rozstrzyganie o opiece medycznej całkowicie ponad głowę świadomego i odpowiednio dojrzałego umysłowo dziecka stanowi pogwałcenie jego godności jako osoby obdarzonej rozumem, bo lekceważy rozwinięty już intelekt i odbiera poczucie sprawczości. Wolność decydowania we własnych sprawach należy do sfery godności osobistej – chodzi o god-

⁹ M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001, s. 217.

ność rozumianą jako poczucie własnej wartości. Samostanowienie daje świadomość panowania nad własnym życiem, czym utwierdza jednostkę w tym indywidualnym poczuciu. Pozbawienie lub ograniczenie dorosłego, sprawnego umysłowo człowieka kontroli nad własnymi sprawami na ogół uwłacza jego osobistej niezależności i wynikającemu stąd poczuciu wartości. Jest to zachowanie właściwe tylko wobec osób, które same zdecydować nie są w stanie.

Osobną kwestię stanowi natomiast właściwa ocena faktycznej zdolności decyzyjnej dzieci i młodzieży, która rozważana jest od dawna. W badaniach nad kompetencją dzieci i młodzieży w sprawach zdrowotnych zapoczątkowanych w latach 90. XX wieku zwraca się uwagę, że sztywno określone przez prawo przedziały wiekowe stanowią raczej przeszkodę niż pomoc, ponieważ największą przydatność wykazuje doraźna ocena empiryczna¹⁰. Badania prowadzone były głównie u dzieci w wieku 7-18 lat, co pokazuje, że bardzo poważnie traktuje się tam autonomię osób co najmniej siedmioletnich. Wyniki sugerują, że dzieci powyżej 9 roku życia mogą zrozumieć nawet dość złożone procesy metaboliczne¹¹. Podkreśla się przy tym znaną konstatację, że kompetencja nie powinna być oceniana generalnie, lecz w odniesieniu do konkretnego zadania decyzyjnego, a w przypadku dziecka zależy od wielu czynników dodatkowych. Nowsze badania nad strukturą i funkcjonowaniem mózgu dają rezultaty mniej jednoznaczne niż przyjęta swego czasu przez sąd w USA tzw. reguła siedmiu. Chodziło w niej o to, że zdolność decyzyjna nie istnieje w przypadku dzieci poniżej wieku 7 lat, brak tej zdolności jest domniemany, ale może być obalony za pomocą odpowiednich dowodów dla wieku 7-14 lat, a zdolność jest domniemana, ale może zostać obalona w wieku 14 lat i starszym¹². Obecnie wyróżnia się kategorię dorastających małoletnich

¹⁰ B.M. Dickens, R.J. Cook, *Adolescents and Consent to Treatment*, „International Journal of Gynecology and Obstetrics” 2005, t. 89(2), s. 182; I.M. Hein, P.W. Troost, A. Broersma, M.C. de Vries, J.G. Daams, R.J.L. Lindauer, *Why Is It Hard to Make Progress in Assessing Children's Decision-Making Competence?*, „BMC Medical Ethics” 2015, t. 16, s. 2.

¹¹ M. De Lourdes Levy, V. Larcher, R. Kurz, *Informed Consent/Assent in Children: Statement of the Ethics Working Group of the Confederation of European Specialists in Paediatrics (CESP)*, „European Journal of Pediatrics” 2003, s. 162, 633.

¹² *Cardwell v Bechtol*, 724 SW 2d 739, 745 (Tenn 1987).

(od 10, 12 lub 14 lat – w zależności od grupy etnicznej). Z kontekstu wynika, że chodzi przede wszystkim o dojrzałość płciową i zdrowie seksualne. Osobno wymienia się małoletnich dojrzałych – *mature minors* (14-18 lat). Pojęcie dojrzałego małoletniego zostało wprowadzone, aby objąć nim grupy dzieci, których wiek w większości krajów Unii Europejskiej wynosi od 14 do 18 lat i które są często uznawane za wystarczająco dojrzałe, aby samodzielnie wyrazić zgodę na leczenie. Kompetencja, czyli zdolność do wykonania konkretnego zadania, jest często kojarzona z możliwościami poznawczymi, racjonalnością i wiekiem. Bardzo małe dzieci mogą mieć już jasne pojęcie o śmierci, chociaż zwykle brakuje im zrozumienia prawdopodobnego wpływu ich śmierci na rodzinę. W każdym przypadku lekarze powinni zawsze zadać sobie pytanie, czy dziecko jest wystarczająco dojrzałe, aby prawidłowo udzielić zgody. Zgodnie z prawem poszczególnych państw młodsze dzieci mogą skutecznie wyrazić zgodę na leczenie, zwłaszcza jeśli mają wystarczającą zdolność do zrozumienia korzyści i ryzyka związanego z proponowanym leczeniem oraz jego alternatywy¹³.

Znane są teorie, że odnotowana u nastolatków w okresie dojrzewania skłonność do ryzykownych posunięć jest wynikiem tego, że w ich mózgu obwody zachowań związanych z nagrodami rozwijają się wcześniej niż regiony związane z kontrolą. Przy podejmowaniu decyzji w niewątpliwie stresującym środowisku opieki zdrowotnej nastolatki mogą bardziej polegać na swoim dojrzałym układzie limbicznym (społeczno-emocjonalnym) niż na kontrolującym impulsy mniej rozwiniętym przedczołowym systemie poznawczym. Na rzecz pozytywnej oceny dojrzałości działa jednak ustalenie, że późne dorastanie to także okres, w którym młodzież rozwija spójne poczucie tożsamości, z większym zrozumieniem swoich indywidualnych przekonań, wartości i priorytetów. Droga do autonomii jest związana zarówno z dojrzałością intelektualną, jak i z funkcjonowaniem moralnym. Klinicyści powinni więc szukać w osobowości młodego pacjenta dowodów na stabilne, zinternalizowane wartości, odzwierciedlające poznawcze dojrzewanie i kluczowe dla procesu podejmowania decyzji w trudnych sytuacjach¹⁴.

¹³ M. De Lourdes Levy, V. Larcher, R. Kurz, *Informed Consent/ Assent...*, s. 631.

¹⁴ A.L. Katz, S.A. Webb, *Informed Consent in Decision-Making in Pediatric Practice*, „Pediatrics” 2016, t. 138 (2), s. 67.

Zgoda dzieci nawet w wieku 7 lat na interwencje medyczne może pomóc im bardziej zaangażować się w opiekę medyczną oraz sprzyjać ich rozwojowi moralnemu i kształtowaniu się autonomii¹⁵. To, czy dziecko jest w stanie podjąć takim decyzjom, zależy od jego poziomu rozwojowego i samodzielności myślenia. Jak podaje Priscilla Alderson, dziecko musi wykazać, że potrafi: zrozumieć przekazywane mu informacje; pojmować, że to jego te informacje dotyczą; wykorzystać je do dokonania wolnego wyboru; i wreszcie dokonać takiego wyboru. W spektrum sprawności decydujących o kompetencji można więc wyróżnić cztery wyraźne cezuury. Osiągnięcie pierwszego poziomu uprawnia do uzyskania informacji, drugiego – do wyrażenia swojej opinii w sprawie leczenia, trzeciego – do współdecydowania o leczeniu, a dopiero osiągnięcie czwartego czyni pacjenta głównym decydentem¹⁶. Tylko ten najwyższy poziom obejmuje więc samodzielne podjęcie decyzji i wzięcie odpowiedzialności za jej konsekwencje i właśnie on jest utożsamiany z kompetencją decyzyjną będącą warunkiem wstępnym pozwalającym mówić o autonomicznym charakterze decyzji terapeutycznej. Wcale nierzadko zdarza się, że pacjent jest w stanie zrozumieć treść przekazanych informacji, więc powinien zdołać je przetworzyć, jednak jego zdolności okazują się niewystarczające, by dokonane przez niego dyspozycje można było określić mianem uświadomionej zgody. Kompetencje zmieniają się również w czasie i w zależności od etapu choroby. Na przykład dziecko, które odczuwa silny ból, może nie być zdolne do decyzji, które w innym przypadku byłoby w stanie podjąć. To samo dotyczy zresztą dorosłych, ale różnica w tym, że u nich prawo medyczne odróżnia tylko całkowitą niezdolność decydowania od pełnej zdolności¹⁷. Ocena autonomii dziecka wymaga natomiast bieżą-

¹⁵ Ibidem, s. 68.

¹⁶ P. Alderson, *Competent children? Minors' consent to health care treatment and research*, „Social Science & Medicine” t. 65, nr 11, 2007, s. 10.

¹⁷ Kategorię pacjenta niezdolnego do świadomego wyrażenia woli wyróżnia ustawa lekarska (u.z.l.) w art. 32 ust. 2 i jest to jedyna podstawa materialna do pominięcia wymagania, by uzyskać jego zgodę na czynność medyczną.

cej weryfikacji i w gruncie rzeczy każde jej zakłócenie może być traktowane jako uszczuplenie autonomii, której nie wystarcza dla konkretnego zadania. Stanowi to konsekwencję postrzegania dziecięcej autonomii w kategoriach spektrum. Ogólnie rzecz biorąc, dzieci muszą wykazać się zrozumieniem natury swojej choroby – dlaczego leczenie jest konieczne, zrozumieniem leczenia, które jest proponowane, i jakie ryzyko się z tym wiąże oraz pojmować implikacje leczenia bądź jego zaniechania dla nich samych lub dla rodziny. Im większy będzie wpływ leczenia na dalsze życie, tym większego zrozumienia wolno wymagać, zwłaszcza jeśli pacjent zamierza odmówić.

Zrozumienie kompetencji dzieci wymaga odejścia od myślenia skoncentrowanego na dorosłych i przejścia na postrzeganie sensu rzeczy z perspektywy dziecka, która jest jakby niższa i bardziej ziemską¹⁸, co znaczy, że mająca na względzie prostsze korzyści i przyjemności, a bez odwołania do dalekosiężnych wartości i ideałów. Priscilla Alderson przywołuje przykład leczenia dwóch małych dziewczynek. Siedmioletnia Helen cierpiała na poważną wadę serca i wymagała przeszczepu. Uświadamiała sobie, że zarówno operacja, jak i późniejsze leczenie będą bardzo dolegliwe, mogą okazać się nieskuteczne i spowodować jej śmierć. Zdaniem starszej siostry Helen była tak chora, że zdawała sobie sprawę, co to znaczy zetknąć się ze śmiercią oraz z wartości życia bardziej jasno niż mogłoby się wydawać dorosłym sprawującym nad nią opiekę. Usłyszawszy jednak, że mogłoby poprawić się jej na tyle, żeby wystąpiła w przedstawieniu i jeździła na kucyku, oświadczyła, że się zgadza. Miarą kompetencji dziecka może też być uświadomiona determinacja. Ośmioletnia Amy dobrowolnie znosiła lata bolesnych operacji wydłużania kończyn. Mając z powodu wady genetycznej tylko metr wzrostu, rozumiała i akceptowała potrzebę znoszenia unieruchomienia. Kompetencja zawiera w sobie też plany życiowe, w tym zdolność wyobrażenia sobie, jak możliwa poprawa odmieni życie. W przypadku Helen nadzieja jazdy na kucyku przeważyła nad obawą przed ryzykiem operacji. Amy zaś przez całe miesiące znosiła wydłużanie

¹⁸ P. Alderson, *Competent children?*..., s. 121.

kończyn, myśląc, jaka będzie, gdy stanie się wyższa¹⁹. Wprawdzie perspektywa spełnienia wielkich marzeń może odwracać uwagę od możliwych niekorzystnych skutków decyzji, tutaj jednak chodziło o unaocznienie sensu planowanych zabiegów, wywierające wpływ na zdolność ich zrozumienia.

W piśmiennictwie podkreśla się przy tym, że nad zdolnością decyzyjną dzieci brakuje systematycznych badań, ale stopień tej zdolności zależy od wielu czynników, w tym społecznych i rodzinnych²⁰, którym nie przydaje się takiego znaczenia w stosunku do dorosłych. W szczególności kompetencja dziecka zależy od kontekstu społecznego i sytuacyjnego, na który składa się otoczenie fizyczne i rodzinne, a także od relacji między dzieckiem, rodzicami i pracownikami służby zdrowia oraz musi być postrzegana na tle doświadczeń dziecka związanych z chorobą. Dzieci, które mają takie osobiste doświadczenia, mogą wykazać się większą wnikliwością i zrozumieniem niż dzieci w porównywalnym wieku, wolne od takich doświadczeń²¹. Wprawdzie z badań empirycznych nad kompetencją małoletnich nie wynika to wprost²², jednak literatura pedagogiczna podaje, że w praktyce ten czynnik może mieć większe znaczenie niż wiek dziecka²³. Dzieci przewlekłe chore, cierpiące dolegliwości utrzymujące się długo-trwale, gdy leczenie trwa długo i wiąże się z koniecznością przestrzegania licznych i skomplikowanych zaleceń medycznych, zostają w nieunikniony sposób włączone w proces terapeutyczny²⁴. To siłą rzeczy podwyższa ich świadomość sytuacji i daje większe rozeznanie niż zdrowym rówieśnikom,

¹⁹ P. Alderson, *In the Genes or in the Stars? Children's competence to consent*, „Journal of Medical Ethics” 1992, nr 18 (3), s. 120.

²⁰ Zob. m.in. V. Miller, D. Drotar, E. Kodish, *Children's Competence for Assent and Consent: A Review of Empirical Findings*, „Ethics and Behavior” 2004, t. 14(3), s. 257 i przywołana tam literatura.

²¹ P. Alderson, *In the Genes or in the Stars?...*, s. 120; M. Bluebond-Langner, J.B. Belasco, M. DeMesquita Wander, *“I Want to Live, Until I Don't Want to Live Anymore”: Involving Children with Life-Threatening and Life-Shortening Illnesses in Decision Making about Care and Treatment*, „Nursing Clinics of North America” 2010, t. 45 (3), s. 329-343; V. Larcher, A. Hutchinson, *How Should Paediatricians Assess Gillick Competence?*, „Archives of Disease in Childhood” 2010, t. 95, s. 307-311, za: I.M. Hein, P.W. Troost, A. Broersma, M.C. de Vries, J.G. Daams, R.J.L. Lindauer, *Why Is It Hard to Make Progress...*, s. 3.

²² I. Hein i in., *Why is it hard...*, s. 5.

²³ P. Alderson, *Competent children?*..., s. 8.

²⁴ Ibidem, s. 15-16.

k którzy zwykle z opieką zdrowotną mają styczność incydentalnie. Carol Kendrick wykazała w swoich badaniach, że już dziewięcioletnie dzieci cierpiące na choroby nowotworowe rozumieją na przykład, że dany rodzaj terapii może wywoływać u nich określone skutki uboczne, jak wypadanie włosów czy obrzęk policzków i są w stanie to zaakceptować ze względu na uświadomienie sobie celu leczenia²⁵. Potrafią też pojąć, jakie zmiany wywołuje w ich organizmie choroba i dostrzegają zachodzące w tej sferze związki przyczynowe²⁶. Szybko też podchwytyują fachową terminologię medyczną i zaczynają posługiwać się nią rozumnie. W gruncie rzeczy nie ma w tym nic szczególnego, bo jak we wszystkich innych dziedzinach życia zachodzi proces uczenia, tutaj ukierunkowany na kwestie medyczne dotyczące własnej choroby, znanej sobie na podstawie objawów i odczuwanych dolegliwości. Z tego względu istnieje duże prawdopodobieństwo, że dzieci doświadczone przewlekłą chorobą i pobytami w szpitalu lepiej uświadamiają sobie ograniczenia życiowe i niepowodzenia postępowania terapeutycznego²⁷. Trudne przeżycia wpływają na ich konstrukcję psychiczną, umożliwiając bardziej realistyczną ocenę sytuacji. Dlatego ich kompetencję decyzyjną wolno uznać za wyższą niż u rówieśników nieposiadających takich doświadczeń²⁸.

Z drugiej jednak strony badacze sygnalizują też ryzyko, jakie niesie ze sobą zbyt wczesny rozwój tych obszarów mózgu wywołany silnym stresem doświadczonym we wczesnym dzieciństwie – np. rozwinięcia się zaburzeń psychicznych lub zachowań antyspołecznych, na których obecność trzeba będzie brać poprawkę przy ocenie autonomiczności. Wolno jednak zaryzykować twierdzenie, że akurat zachowania antyspołeczne nie przeszkadzają, a nawet mogą pomagać w osiągnięciu autonomii decydowania o sprawach własnego zdrowia. W tej sferze nie ma bowiem żadnego powodu, by jednostka miała oglądać się na innych.

²⁵ C. Kendrick i in., *Childhood Cancer: The Patient's Understanding of Disease and Treatment*, „Bristol Medico-Chirurgical Journal Special Supplement” 1988, nr 102 (1a), s. 57.

²⁶ Ibidem.

²⁷ P. Alderson, *Competent children?*..., s. 15-16.

²⁸ W polskim piśmiennictwie podnosiła tę kwestię A. Michalek-Janiczek w artykule *Autonomia małoletniego w zakresie leczenia*, „Państwo i Prawo” 2009, nr 1, s. 57-69.

Postulowane tutaj kryteria oceny autonomiczności dziecka mogą wydawać się zbiorem nieuporządkowanym. Warto jednak zauważyć, że w przypadku osób niedorosłych istnieje wiele czynników zarówno rozpraszających skupienie na problemie, jak i zwiększających koncentrację na podjęciu decyzji, a także takich, które stwarzają klimat sprzyjający rozumnemu namysłowi i do których należą również zmienne środowiskowe. Przy takich uwarunkowaniach może być trudno stworzyć logiczną i spójną koncepcję autonomiczności. Można jednak – podobnie jak w wielu innych skomplikowanych sferach działania – sporządzić rodzaj listy kontrolnej czynników wymagających uwzględnienia i posługiwać się nią w celu prawidłowej i wszechstronnej oceny indywidualnej kompetencji decyzyjnej. Tą drogą podążają najnowsze Wytyczne Rady Europy (2024) *Guide to Children's Participation in Decisions about their Health*²⁹, które wolno potraktować z jednej strony jako uszczegółowione kryteria należytej staranności lekarskiej w sprawowaniu opieki medycznej nad dziećmi, a z drugiej – jako wskazówki dla rodziców co do właściwego wykonywania pieczy rodzicielskiej oraz dla sądów rozstrzygających możliwe konflikty.

W części zatytułowanej „Assessing Child's Competency” *Wytyczne* odwołują się do dwóch dokumentów. Pierwszy to brytyjskie *Guidance Notes on Young People and Consent – Cheshire West & Chester Council*³⁰, które odwołując się wprost do precedensowego testu kompetencji Gillick³¹, syntetycznie ujmują następujące kryteria:

– zdolność do zrozumienia, że istnieje wybór i że wybory mają swoje konsekwencje;

²⁹ Wypracowane przez Steering Committee for Human Rights in the fields of Biomedicine and Health (CDBIO) and Steering Committee for the Rights of the Child (CDENF); Rada Europy, kwiecień 2024, <https://www.coe.int/en/web/human-rights-and-biomedicine/guide-to-good-practice-concerning-the-participation-of-children>, [dostęp: 02.08.2025 r.]

³⁰ <https://www.cheshirewestandchester.gov.uk/documents/social-care-and-health/children/team-around-the-family/young-people-and-consent-guidance-notes-130219.pdf>.

³¹ Według orzekającego w sprawie *Gillick* Lorda Scarmana, z prawnego punktu widzenia prawo rodziców do ustalenia, czy ich małoletnie dziecko w wieku poniżej 16 lat zostanie poddane leczeniu, wygasa, jeżeli i kiedy dziecko osiągnie wystarczające zrozumienie i inteligencję, aby umożliwiło mu to pełne zrozumienie tego, co jest proponowane. Test faktycznej zdolności decyzyjnej Lorda Scarmana jest powszechnie uważany za test „kompetencji Gillick”.

- zdolność do rozważenia informacji i podjęcia decyzji;
- zdolność do zakomunikowania tej decyzji;
- gotowość do dokonania wyboru (w tym do powierzenia tej decyzji komuś innemu);
- zrozumienie charakteru i celu proponowanej interwencji;
- zrozumienie ryzyka i skutków ubocznych proponowanej interwencji;
- zrozumienie alternatyw dla proponowanej interwencji i związanego z nimi ryzyka;
- wolność od nieuzasadnionej presji;
- zdolność do zapamiętania informacji³².

Drugi to dużo bardziej zwięzłe *WHO guidance on assessing the competence of children*³³, odnoszące się do dorastającej młodzieży, i które polegają na ocenie zdolności dziecka:

- do zrozumienia różnych aspektów danej sytuacji;
- do dokonania wyboru pomiędzy różnymi opcjami i oceny różnic między nimi;
- do zrozumienia skutków wynikających z różnych decyzji³⁴.

Tak przedstawia się zatem aktualny stan badań nad zagadnieniem.

³² - *the ability to understand that there is a choice and that choices have consequences;*

- *the ability to weigh the information and arrive at a decision*

- *the ability to communicate that decision;*

- *a willingness to make a choice (including the choice that someone else should make the decision);*

- *an understanding of the nature and purpose of the proposed intervention;*

- *an understanding of the proposed intervention's risks and side effects;*

- *an understanding of the alternatives to the proposed intervention and the risks attached to them;*

- *freedom from undue pressure;*

- *the ability to retain the information.*

³³ <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352485/9789289057622-eng.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.

³⁴ - *to understand different aspects of the given situation;*

- *to choose between different options, and appreciate their differences;*

- *to understand the outcomes resulting from different decision(s).*

W świetle ich przywołanych wcześniej wyników należy traktować *Wytyczne* jako dobry punkt wyjścia i nie uchylać się od sporządzania bardziej szczegółowego wykazu, z uwzględnieniem również czynników środowiska rodzinnego dziecka.

W warunkach idealnych na pierwszym miejscu powinny znajdować się opinie i decyzja odpowiednio dojrzałego umysłowo dziecięcego pacjenta. Przy leczeniu nie chodzi o taką samą skłonność do ryzyka jak zjazd ze stromizny czy skok do wody. Zadanie decyzyjne jest przede wszystkim uwarunkowane wskazaniem zdrowotnymi i potrzebą leczenia, a możliwe opcje powinny zostać przystępnie przedstawione przez lekarzy. Istnieją zadania łatwiejsze i trudniejsze. Do łatwiejszych należą krwawiące skaleczenia, ukąszenia gadów i owadów czy pogryzienia przez zwierzęta. Nawet małe dziecko czuje instynktownie, że trzeba zwrócić się o pomoc, a odczuwany ból ma znaczenie ostrzegawcze. Do tych łatwiejszych nie potrzeba podpowiedzi ani tym bardziej decydowania ponad głową pacjenta. Liczy się każdorazowa ocena czy pacjent radzi sobie z trudnością. W większości przypadków codziennej opieki zdrowotnej odpowiedź będzie twierdząca. Przykładowo – dobrodziejstwo szczepień ochronnych rozumieją bez problemu już dzieci w wieku wczesnoszkolnym. Przerazić może co najwyżej perspektywa „serii bolesnych zastrzyków w brzuch” – jak podawano kiedyś w komunikatach radiowych o ofiarach pogryzienia przez psy bez świadectwa szczepienia. Niemniej sugestywny opis objawów wścieklizny nie będzie trudny do zrozumienia. Przerażająca dla dziecka może być też wizja zszywania rany lub pobierania krwi, ale zapewnienie, że „nie będzie bolało” dzięki użyciu znieczulenia powierzchniowego powinno załatwić sprawę. Na potrzeby oceny faktycznej zdolności decydowania w bioetyce od dawna postuluje się stosowanie strategii zwanej ruchomą skalą, co oznacza, że kompetencja zwana materialną (czyli faktyczną) nie jest określona jednorodnie, a zależy od indywidualnych zdolności umysłowych odnoszonych do konkretnego zadania³⁵.

Przy decyzjach trudniejszych należy zacząć od aktywnego wspierania własnej autonomii dziecka i dopiero stwierdzona niezdolność mental-

³⁵ T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki...*, s. 150-154.

nego czy emocjonalnego uporania się z problemem decyzyjnym powinna uruchamiać środki zastępcze. Warto przy tym zauważyć, że na użycie przymusu fizycznego nie ma podstawy prawnej, więc choćby z tego względu pożądane są negocjacje z dzieckiem. Podejmowanie przez młodych pacjentów decyzji o leczeniu odbywa się w warunkach chronionych: w otoczeniu lekarzy i pielęgniarek i zwykle przy asyście przynajmniej jednego rodzica. Dzięki temu wątpliwe zamysły spotykają się z natychmiastową reakcją informacyjną i perswazyjną. Można więc mówić o ryzyku kontrolowanym: jeśli przedstawia się jako nadmierne, to lekarz nie zarekomenduje określonej terapii, a i osoby towarzyszące nie omieszkają wyrazić własnej opinii. Z niekorzystną dla siebie decyzją młody pacjent nigdy nie będzie zostawiony sam. Dlatego nieporozumieniem byłoby kwestionowanie autonomii nastolatków przez przywoływanie argumentu o ich skłonności do ryzyka.

2. Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia a dobra osobiste dziecka

Dziecko, podobnie jak każdy obywatel, ma konstytucyjnie zagwarantowane prawo do ochrony zdrowia, a zdrowie jest jednocześnie dobrem osobistym objętym ochroną Kodeksu cywilnego. W praktyce jednak małoletni obywatel nie może swobodnie korzystać z ochrony zdrowia bez udziału rodziców. Gdyby wszyscy rodzice byli godni zaufania i bez zarzutu wypełniali swoje obowiązki co do ochrony zdrowia dzieci, nie byłoby przypadków śmiertelnych po specjalnie organizowanych „ospa party” ani wypadków „leczenia” niemowląt z alergiami pokarmowymi głodówką za podszeptami szarlatanów. Mechanizmy prawnego przymusu pośredniego wobec rodzicielskich zaniechań zawodzą na całej linii, o czym świadczy długa lista wyroków sądów administracyjnych w sprawie niezrealizowanych szczepień obowiązkowych.

W przypadku rodzicielskiej beczynności w sprawach zdrowotnych dziecka dochodzi do naruszenia jego dóbr osobistych, wśród których jest nie tylko to najważniejsze, czyli zdrowie. Jeśli dziecko postrzega potrzebę zdrowotną w sposób świadomy, to odmowę jej zaspokojenia odczuwa jako co najmniej psychiczny dyskomfort, a trwające dolegliwości są dla

niego źródłem stresu. Dla przykładu – krzywdą dziecka jest niewątpliwa, jeśli nie ma ono potrzebnych mu okularów, więc nie widzi dobrze tego, co potrzebuje zobaczyć i co widzą wszyscy inni, zaś dłuższe czytanie powoduje ból zmęczonych oczu. Tymczasem na badanie okulistyczne i dopasowanie soczewek korekcyjnych u pacjenta poniżej 16 lat może wyrazić skuteczną prawnie zgodę tylko przedstawiciel ustawowy. Istnieją rodzice, których zdyscyplinowanie jest bardzo trudne, wymaga zaangażowania pracowników socjalnych i nauczycieli, a i tak nie gwarantuje powodzenia. Jednocześnie nie daje wystarczającej podstawy do ograniczenia władzy rodzicielskiej, zaś nad wykonaniem doraźnych zarządzeń sądu opiekuńczego w pojedynczych sprawach zdrowotnych nie ma realnej kontroli, bo sędziowie musieliby zajmować się tylko tym. Najprostszym rozwiązaniem byłoby udzielanie dziecku konsultacji medycznych na uświadomione zgłoszenie, gdy jego przedmiot jest słuszny i oczywisty.

Dobra osobiste dziecka, które w tego rodzaju okolicznościach zostają naruszone, to: utrzymujące się dolegliwości stanowiące mniejszy lub większy uszczerbek na zdrowiu; stres wynikający z niezaspokojenia podstawowej potrzeby zdrowotnej, uzasadniona obawa o własne zdrowie, uczucie osamotnienia w potrzebie i zakłócenie poczucia bezpieczeństwa. Można do tego jeszcze dodać frustrację na tle niemożności uzyskania wsparcia ze strony najbliższych osób.

Na przeszkodzie poszanowania dla dóbr osobistych dziecka stoją zaś zaniechania powinności rodzicielskich, które same nie mają nic wspólnego z dobrami osobistymi. Nie jest to bowiem ani wolność własna, ani prywatność, bo te kończą się tam, gdzie zaczyna się naruszenie praw dziecka. Pod szyldem wolności i prywatności ukrywają się zaś zwykle urażona ambicja albo zakłócona błogość bezruchu, czyli tak zwany święty spokój. Kolidującym dobrem prawnym nie są więc nawet „prawa rodzicielskie”, bo nawet jeśli formalnie przysługują – jak „prawo” do wyrażania zgody na czynności opieki zdrowotnej – to jest z nich czyniony użytek wypaczający społeczne przeznaczenie takiego prawa i naruszający zasady współżycia społecznego.

W kolizji może znaleźć się co najwyżej szeroko rozumiany porządek publiczny: poszanowanie nakazów wynikających z obowiązującego pra-

wa i przeciwdziałanie samowoli polegającej na leczeniu dzieci z zupełnym pominięciem zdania rodziców. Prawo medyczne nie zna kategorii stanu wyższej konieczności (jest to prawnokarna okoliczność wyłączająca popełnienie przestępstwa), jednak określone w art. 26 Kodeksu karnego przesłanki jego zastosowania, czyli kryteria ważenia dóbr, mogą być pomocne w rozstrzyganiu kolizji nieusuwalnych w inny sposób. Z taką właśnie kolizją mamy do czynienia, gdy uzasadniona potrzeba zdrowotna dziecka zderza się z nieracjonalną bezczynnością rodziców i owej kolizji nie da się usunąć inaczej. Jeśli leczenie bądź inna pomoc medyczna są w niebudzący wątpliwości sposób podyktowane dobrem zdrowotnym dziecka i to takim, które jest łatwe do pozytywnej oceny przez każdego rozsądnie myślącego człowieka, a przy tym dziecko wyraża na tę pomoc uświadomione przyzwolenie – to taka kolizja powinna być rozstrzygnięta na korzyść udzielenia pomocy zgodnie z najlepiej pojętym (lub nadrzędnym) interesem dziecka, czyli według kryterium przyjętego z oryginalnym brzmieniem Konwencji o prawach dziecka (1989)³⁶.

Skoro sprawcami naruszenia dóbr osobistych dzieci w sferze ochrony zdrowia są ich przedstawiciele ustawowi, to powstaje pytanie, jaki powinien być najbardziej efektywny i operatywny sposób interwencji oraz jaka w tym rola samodzielnie myślącego dziecka. W brytyjskiej sprawie Gillick (1985) Izba Lordów zauważyła bardzo pragmatycznie, że droga sądowa na niewiele się przyda, bo wynikające z tego opóźnienie decyzji i koszt uzyskania nakazu sądowego sprawiają, że częste korzystanie z takiej procedury jest niewykonalne (Lord Fraser)³⁷. Prawa rodzicielskie do kontrolowania dziecka nie istnieją na korzyść rodzica. Istnieją one z korzyścią

³⁶ *In all actions concerning children, whether undertaken by public or private social welfare institutions, courts of law, administrative authorities or legislative bodies, the best interests of the child shall be a primary consideration* (art. 3.1) Francuska wersja językowa Konwencji brzmi zaś w tej części: *Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale*, <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>, [dostęp: 08.09.2025 r.].

³⁷ *Gillick v West Norfolk and Wisbech Area Health Authority and another*, [1985] 3 All ER 402, 17 Oct. 1985. W sprawie chodziło o udzielanie antykoncepcji. Precedens objął jednak również inne kompetencje decyzyjne małoletnich.

dla dziecka i są uzasadnione jedynie w zakresie, w jakim umożliwiają rodzicowi wykonywanie jego obowiązków wobec dziecka i wobec innych dzieci w rodzinie. W praktyce większość mądrych rodziców stopniowo rozluźnia swoją kontrolę w miarę rozwoju dziecka i zachęca go do coraz większej niezależności. Ponadto stopień kontroli rodzicielskiej faktycznie sprawowanej nad danym dzieckiem w praktyce znacznie różni się w zależności od jego rozumienia i inteligencji i zdaniem Lorda byłoby nierealistyczne, gdyby sądy nie uznawały tych faktów. Zmieniają się obyczaje społeczne, a prawo powinno i faktycznie uwzględnia takie zmiany, gdy mają one duże znaczenie. Nie można obecnie przyjąć poglądu, że zdolność intelektualna dziecka jest nieistotna. Prawo rodzica do opieki nad dzieckiem wygasa w dniu osiemnastych urodzin; i nawet do tego czasu jest to prawo malejące, które sądy zawahają się egzekwować wbrew życzeniom dziecka, im jest starsze. Zaczyna się od prawa do kontroli, a kończy na niczym więcej niż na doradztwie³⁸. Jeśli skarżąca w sprawie matka chce uzyskać żadaną ochronę, to musi pójść dalej: uzasadnić absolutne prawo weta po stronie rodzica. Mogą wszak zaistnieć okoliczności, w których lekarz dokona lepszej niż rodzice oceny czy porada medyczna i leczenie przyczynią się do dobra osoby małoletniej³⁹. Prawa rodzicielskie wynikają z obowiązku rodzicielskiego i istnieją tylko tak długo, jak są potrzebne do ochrony osoby i majątku dziecka. Prawo rodzicielskie musi być wykonywane zgodnie z zasadą dobra dziecka i może zostać zakwestionowane, a nawet uchylone, jeśli tak nie jest. Prawo rodzicielskie ustępuje prawu dziecka do podejmowania własnych decyzji, gdy osiągnie ono wystarczające zrozumienie i inteligencję, aby móc podjąć własną decyzję w sprawie tego wymagającej. Nagle rodzicielskie zaniedbanie, porzucenie dziecka lub niezdolność do znalezienia rodzica to przykłady wyjątkowych sytuacji uzasadniających postępowanie lekarza w celu leczenia dziecka bez wiedzy i zgody rodziców; ale bez wątpienia pojawiają się inne wyjątkowe sytuacje, w których lekarz będzie mógł postępować bez zgody rodzica. W ramach krytyki tego poglądu na prawo można powiedzieć, że spowoduje to nie-

³⁸ Ibidem.

³⁹ Ibidem.

pewność i pozostawi prawo w rękach lekarzy. Niepewność jest jednak ceną, którą należy zapłacić, aby prawo było zgodne z doświadczeniem społecznym. Wielkie obowiązki będą spoczywać na zawodzie lekarza. Jest to jednak zawód wyuczony i wysoko wyszkolony, regulowany ustawą i przez ścisły kodeks etyczny, który jest energicznie egzekwowany. Prawdą może być, że prawa rodziców i dzieci w tej delikatnej dziedzinie są lepiej chronione przez standardy zawodowe zawodów medycznych niż przez aprioryczne prawne linie podziału między zdolnością a brakiem zdolności do wyrażenia zgody, ponieważ każda taka ogólna linia podziału z pewnością spowoduje w niektórych przypadkach niesprawiedliwość, trudności i uszczerbek na zdrowiu (Lord Scarman). Lekarz może zgodnie z prawem przeprowadzić niektóre formy leczenia za zgodą dziecka i wbrew sprzeciwowi rodzica podyktowanemu względami religijnymi lub innymi. Efekt zgody udzielonej przez dziecko zależy od charakteru leczenia oraz wieku i zrozumienia przez dziecko. Na przykład lekarz za zgodą inteligentnego chłopca lub dziewczyny w wieku 15 lat mógłby bezpiecznie usunąć migdałki lub kłopotliwy wyrostek robaczkowy (Lord Templeman). Stanowiska Lordów Sędziów podkreślały, że chodzi o okoliczności wyjątkowe i orzekający zadali sobie trud, by je ramowo określić. Lista tych wyjątków pokazuje, że są sytuacje ewidentnie kolizyjne – gdy opieka rodzicielska jest zaniedbywana, sprawowana niezgodnie z dobrem dziecka, a władza rodzicielska – nadużywana. Katalog tych okoliczności jest sam w sobie wart upowszechnienia, a przy okazji padło wiele cennych uwag na temat granic władzy rodzicielskiej nad dorastającym dzieckiem. Dziecko, wobec którego została nadużyta władza rodzicielska, należy traktować w sferze objętej nadużyciem jako pozbawione opieki prawnej. Nadużycie władzy rodzicielskiej równa się brakowi „prawa” do decydowania w obszarze nadużycia. Lordowie w sprawie Gillick byli, wszakże zgodni, że nadużywane prawo rodzicielskie nie korzysta z ochrony.

3. Mizeria prawnej ochrony autonomii faktycznej

W ustawodawstwie prawnomedycznym oraz w Kodeksie rodzinnym i opiekuńczym formalnie istnieją rozwiązania prawne nastawione na po-

szanowanie rozwijającej się autonomii dziecka. Nie przyznają one jednak młodemu pacjentowi realnych uprawnień ani nie są opatrzone sankcjami za ich nieprzestrzeganie. Chodzi o obowiązek wysłuchania zdania małoletniego przed udzieleniem mu świadczenia zdrowotnego. Zrealizowane wysłuchanie do niczego nie zobowiązuje, zaś pominięcie wysłuchania nie rodzi żadnych negatywnych konsekwencji, choć może być moim zdaniem zakwalifikowane jako nadużycie władzy rodzicielskiej.

Zgodnie z ustawą przed podjęciem decyzji w ważniejszych sprawach dotyczących osoby dziecka rodzice powinni go wysłuchać, jeżeli pozwala na to *rozwój umysłowy, stan zdrowia i stopień dojrzałości* dziecka, oraz uwzględnić *w miarę możliwości jego rozsądne życzenia*. Powinno to mieć miejsce w szczególności, zanim zapadnie planowa decyzja o zgłoszeniu się po pomoc medyczną. Zamyka się to jednak w stosunkach wewnątrzrodzinnych, w które wgląd osób trzecich jest nie tylko bardzo ograniczony, ale i właściwość czynności wymaga zwykle szybszego reagowania niż w innych sprawach życia codziennego. W gruncie rzeczy więc wszystko stanowi kwestię dobrej woli – począwszy od samodzielnej oceny stopnia rozwoju umysłowego, stanu zdrowia i stopnia dojrzałości dziecka – czy są wystarczające, by opinia zasługiwała na wysłuchanie. Już na tym etapie zdanie dziecka może zostać pominięte, zwłaszcza jeśli w rodzinie przyjęty jest sposób wychowania narzucający bezwzględne posłuszeństwo. Prawo do wychowania dzieci zgodnie z własnymi przekonaniami jest nawet zagwarantowane przez Konstytucję. Wprawdzie zaspokajanie potrzeb zdrowotnych nie należy do sfery wychowania, tylko stanowi część pieczy nad osobą, jednak nie istnieją instrumenty prawne, które nakazałyby rodzicom na tym etapie uczciwie wsłuchać się w zdanie dziecka i rozliczałyby ich z tej powinności. Uwzględnienie rozsądnych życzeń dziecka, zwłaszcza w sprawach zdrowotnych, może stanowić jedno z kryteriów należytego wykonywania pieczy, jednak przełamanie oporu rodziców i wyegzekwowanie od nich odpowiedniej aktywności będzie praktycznie niemożliwe. Bulwersujących przykładów dostarczył, chociażby okres pandemii, przy czym chodziło zarówno o szczepienia, jak i o zaniedbywaną konieczność psychoterapii. W każdym razie możliwa jest sytuacja, gdy potrzebujące opieki medycznej dziecko jest od niej odcięte przez rodziców, którzy uwa-

zają, że wiedzą lepiej, iż nie jest ona potrzebna. Szczególnie dramatyczny obrót mogą przybrać wydarzenia, gdy tą potrzebą zdrowotną jest kryzys zdrowia psychicznego.

Wysłuchanie zdania osoby małoletniej należy do obowiązków również lekarskich: „Pacjentowi, który nie ukończył 16 lat, lekarz udziela informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego i wysłuchuje jego zdania.” (art. 31 ust. 7 u.z.l. oraz odpowiedni do niego art. 9 ust. 7 u.p.p.). Podobnie jak dla rodziców, opinia dziecka nie jest jednak w żaden sposób dla lekarzy wiążąca. Jednocześnie Kodeks Etyki Lekarskiej zawiera normę etyczną, że w przypadku osoby niepełnoletniej lekarz powinien starać się uzyskać także jej zgodę odpowiednio do jej wieku i dojrzałości (art. 16.3). Nie jest to mocny nakaz, ale wymaga przynajmniej podjęcia starań, więc stawia go to wyżej od mało dyrektywnego wymagania ustawowego.

Instytucjonalne wysłuchanie małoletniego stanowi część procedury przed sądem opiekuńczym i to jest jedyny rodzaj wysłuchania, z którym da się wiązać realne nadzieje uszanowania woli dziecka. Zgodnie z § 2 art. 576 k.p.c. sąd opiekuńczy ma obowiązek wysłuchania dziecka, jeżeli jego rozwój umysłowy, stan zdrowia i stopień dojrzałości na to pozwala, uwzględniając w miarę możliwości jego rozsądne życzenia. Jest to mechanizm prawny rzeczywiście realizowany w praktyce, przynajmniej gdy chodzi o dzieci w wieku co najmniej lat trzynastu⁴⁰, choć i w jego przebiegu poszanowanie autonomii decyzyjnej dziecka nie jest obligatoryjne. Przede wszystkim jednak, jak było już wspomniane, droga sądowa przedstawia się jako praktycznie zamknięta przed małoletnim pacjentem działającym samodzielnie, bez wsparcia dorosłych. Sprawa musiałaby najpierw zawiśnąć przed sądem, a w przedmiocie opieki zdrowotnej są to przypadki raczej rzadkie⁴¹. Ktoś musiałby zawiadomić sąd o zagrożeniu dobra

⁴⁰ Zob. M. Cieśliński, *Stanowisko sędziów na temat wysłuchiwania małoletnich w postępowaniu cywilnym*, „Prawo w działaniu. Sprawy cywilne” 2017, t. 29, s. 142-49.

⁴¹ W sporządzonym na zlecenie Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości raporcie z 2016 r. w ogóle nie zostały odnotowane sprawy sądowe ze świadomym udziałem dziecka poniżej lat 16. Na 240 badanych spraw nadesłanych przez sądy w odpowiedzi na apel IWS (czyli tyle, ile jest w Polsce sądów rejonowych), znaczna większość dotyczyła niemowląt w wieku poniżej roku i z rodzin w jakimś sensie

zdrowotnego dziecka, by uruchomiło to procedurę wydania stosownego zarządzenia w trybie art. 109 k.r.o., który stanowi w § 1, że jeżeli dobro dziecka jest zagrożone, sąd opiekuńczy wyda odpowiednie zarządzenia. Postępowanie wszczyna się z urzędu⁴², więc zawiadamiającym może być każdy, komu zdarzenie jest znane – w tym również nauczycielka, sąsiadka albo z troskana matka koleżanki. Teoretycznie jest to możliwe, ale w praktyce raczej nie występuje. Przede wszystkim jednak nie przechodzi pomysłnie testu, jaki rzeczywisty wpływ może mieć na nie zainteresowane dziecko. W praktyce wszczęcie postępowania zależy nie od niego, tylko od przychylności dorosłych.

4. Zaniechania w pieczy i nadużycie władzy rodzicielskiej oraz ich bezpośrednie skutki prawne

Z formalnoprawnego punktu widzenia udzielenie niepilnego świadczenia zdrowotnego samodzielnie zgłaszającemu się dziecku wydaje się niedozwolone, skoro nikt oprócz przedstawiciela ustawowego i sądu opiekuńczego nie ma kompetencji do udzielenia zgody zastępczej. Nie wystarczy samo stwierdzenie potrzeby, nawet na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Jednocześnie zaniechanie towarzyszenia dziecku potrzebującemu pomocy lekarskiej wolno bez wątpliwości potraktować jako zaniedbanie, chyba że rodzic doznaje w tym względzie realnej przeszkody: jest w pracy, na wyjeździe, w szpitalu albo przebywa w zakładzie karnym. Jednocześnie chodzi tylko (i aż) o takie decyzje zdrowotne, które każdy sąd opiekuń-

patologicznych (z powodu ograniczeń władzy rodzicielskiej, pobytu dzieci w placówkach opiekuńczych bądź w rodzinach zastępczych). Były tylko 4 sprawy o przełamanie sprzeciwu pacjenta, który ukończył 16 lat, a 10 – o zezwolenie na zabieg u takiego pacjenta dotkniętego niepełnosprawnością intelektualną. Na podstawie J. Słyk, *Zezwolenie (zgoda) sądu opiekuńczego na udzielenie świadczenia zdrowotnego małoletniemu pacjentowi (art. 32 i 34 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty)*, „Prawo w działaniu. Sprawy cywilne” 2016, t. 25, s. 149-190.

⁴² Art. 572 § 1. Każdy, komu znane jest zdarzenie uzasadniające wszczęcie postępowania z urzędu, obowiązany jest zawiadomić o nim sąd opiekuńczy. § 2. Obowiązek wymieniony w § 1 ciąży przede wszystkim na urzędach stanu cywilnego, sądach, prokuratorach, notariuszach, komornikach, organach samorządu i administracji rządowej, organach Policji, placówkach oświatowych, opiekunach społecznych oraz organizacjach i zakładach zajmujących się opieką nad dziećmi lub osobami psychicznie chorymi.

czy zatwierdziłby bez wahania. Można je roboczo określić jako bieżącą i podstawową opiekę medyczną przy zastosowaniu małoinwazyjnej diagnostyki (w tym np. badań z użyciem ultrasonografu, prześwietlenia bez podania kontrastu, pobranie krwi do analiz). W tej kategorii mieszczą się m.in. stomatologia zachowawcza ze zwykłymi wypełnieniami, ortodoncja, badanie wzroku i konsultacje okulistyczne z dopasowaniem soczewek korekcyjnych, opieka internistyczna i laryngologiczna, pomoc medyczna w niezabiegowych dolegliwościach układu moczowo-płciowego, jak również szczepienia ochronne. Potrzeba wprawdzie nie zawsze kwalifikuje się jako pilna i wymagająca niezwłocznej reakcji, ale jest jasne, że powinna szybko zostać zaspokojona. Jest uzasadniona stanem zdrowia, tylko rodzice z niezrozumiałych i nieusprawiedliwionych niczym powodów nie robią w tej sprawie nic: nie reagują na prośby o zaprowadzenie do dentysty; jest im obojętne, że dziecko zgłasza, że źle widzi albo że niedosłyszy.

Prawo cywilne przewiduje mechanizm prawny, który w takich okolicznościach może okazać się użyteczny. Chodzi o konstrukcję nadużycia prawa. Jedyne, co budzi wątpliwości, to cywilnoprawny charakter uprawnień nadanych przez ustawy prawa medycznego. Prawo medyczne jest osobną gałęzią prawa, w obrębie której dokonuje się stopniowa autonomizacja. Wiele spośród nadanych tam uprawnień ma jednak ewidentnie charakter prawnoosobowy i tak można zakwalifikować korzystanie z praw pacjenta. Jednocześnie prerogatywy rodzicielskie wobec dzieci mają swoje umocowanie w prawie rodzinnym, które jest częścią prawa cywilnego. W rezultacie moim zdaniem nadużycie praw rodzicielskich w ochronie zdrowia dziecka można ujmować w kategoriach prawa cywilnego. Zgodnie z art. 5 Kodeksu cywilnego nie można czynić ze swojego prawa użytku, który byłby sprzeczny ze społeczno-gospodarczym przeznaczeniem tego prawa lub z zasadami współżycia społecznego. Takie działanie lub zaniechanie uprawnionego nie jest uważane za wykonywanie prawa i nie korzysta z ochrony. Nadużycie władzy rodzicielskiej, w tym nadużycie prawa do wyrażania zgody zastępczej na czynność medyczną u dziecka, może moim zdaniem zostać tak zakwalifikowane. Przeznaczeniem decydowania zastępczego w ochronie zdrowia dziecka jest realizowanie jego najlepiej pojętego interesu zdrowotnego. „Prawo” przedstawiciela ustawowego,

w istocie stanowi kompetencję do reprezentowania interesów drugiej osoby w ramach wykonywania władzy rodzicielskiej i stosownie do kryteriów z k.r.o. Dlatego sprzeczność decyzji z zasadami współżycia społecznego jest możliwa. Jako sprzeczne z zasadami współżycia społecznego kwalifikuje się odmawianie innej osobie zaspokojenia jej uzasadnionych potrzeb zdrowotnych w warunkach, gdy jest się w tej sprawie praktycznie jedynym decydentem.

Nadużycie przez zaniechanie będzie polegać na porzuceniu dziecka w potrzebie zdrowotnej – czyli na ignorowaniu zgłaszanych dolegliwości lub innego zapotrzebowania albo na całościowym niewywiązywaniu się ze sprawowania pieczy (przyczyną mogą być własne zaburzenia psychiczne rodzica, alkoholizm czy nawet wypędzenie z domu „zbuntowanego” nastolatka). Nadużyciem czynnym będzie odmawianie wydania zgody na potrzebne czynności medyczne, wyrażne sprzeciwianie się konkretnym czynnościom (np. szczepieniom) bądź celowe narażanie dziecka na zakażenie (jak podczas niesławnych „ospa party”). Sankcją za nadużycie prawa jest uznanie takiego zachowania za bezprawne z wszystkimi konsekwencjami, czyli wyjęcie go spod ochrony prawnej.

Spory cywilne na tle nadużycia prawa dotychczas zwykle znajdowały finał w sądzie, choćby tylko po to, by pozwalało to uzyskać orzeczenie o nadużyciu prawa i zyskać legitymację prawną do efektywnego przeciwdziałania. Niemniej spełnienie przesłanek materialnoprawnych nadużycia prawa pozwala też działać bez czekania na wyrok sądu i w razie potrzeby użyć argumentu nadużycia prawa pod postacią zarzutu prawnomaterialnego. Skoro nadużycie prawa nie jest uznane za wykonywanie prawa i nie korzysta z ochrony, to drugiej stronie wolno zachować się tak, jakby nadużywającemu to prawo nie przysługiwało. Zgodnie z tym rozumowaniem rodzic powinien tracić prawa rodzicielskie w tej części i w tym obszarze działania, gdzie ich nadużywa, przy czym nie traci ich trwale, tylko jednorazowo na konkretną sytuację nadużycia. Nie może więc skutecznie oponować i dochodzić ochrony w razie, gdy lekarz udzielił bez jego zgody pomocy medycznej dziecku w zakresie, w jakim oczywista i niewątpliwą powinnością było wyrażenie tej zgody przez rodzica. Podkreślam tę oczywistość i brak wątpliwości dlatego, że w przypadkach nie-

jednoznacznych rodzicom wolno zdecydować również negatywnie i tej prerogatywy nie zamierzam im odmawiać. Cały czas podkreślam więc, że chodzi mi tylko o czynności codziennej, bieżącej i podstawowej opieki zdrowotnej, na jakie inny rodzic, rozsądny i empatyczny, wyraziłby zgodę bez oporów. Katalog tych czynności może być dyskusyjny, dlatego na potrzeby rozstrzygnięcia kolizji zgodnie z uświadomionym przyzwoleniem potrzebującego pomocy medycznej dziecka należy stosować kryterium oczywistego dobra zdrowotnego. Wynika stąd, że lekarz, który udzieli takiej pomocy dziecku występującemu o nią samodzielnie i bez asysty rodzica (albo w towarzystwie innej osoby – np. starszego rodzeństwa, babci czy nauczyciela), nie narusza prawa, jeśli wiadomo mu skądś, że rodzic dopuszcza się zaniechania swoich powinności i tym zaniechaniem nadużywa praw rodzicielskich. Zarzut nadużycia prawa może być podniesiony nie tylko przez dziecko, ale również przez lekarza, który udzielił mu pomocy i wtedy lekarz ma interes prawny w ustaleniu, że jego działanie nie było bezprawne. Skądinąd ma też społeczny obowiązek zawiadomienia sądu o zagrożeniu dobra dziecka (art. 572 k.p.c.). To rozumowanie może wydawać się karkołomne, ale etapy wnioskowania przedstawiają się następująco.

1. Istnieje uzasadniona i oczywista potrzeba zdrowotna opieki medycznej po stronie dziecka, która wymaga rychłego zaspokojenia.
2. Dziecko zgłasza się w tej sprawie samodzielnie i deklaruje, że od rodzica nie może uzyskać zgody, bo albo jest on przeciwny tego rodzaju opiece medycznej, albo tę potrzebę lekceważy.
3. Wobec tego brak zgody rodzica spełnia kryteria nadużycia praw rodzicielskich. Prawa te nie korzystają więc z ochrony w zakresie objętym nadużyciem, co jest równoznaczne z tym, jak gdyby nie przysługiwały w ogóle.
4. Kolizja między dobrami prawnymi dziecka w postaci prawa do ochrony zdrowia oraz stresem i obawami o swój stan a nieuzasadnioną odmową zgody ze strony rodzica zostaje rozstrzygnięta na korzyść uszanowania potrzeby zdrowotnej i uświadomionego przyzwolenia dziecka w celu ochrony jego dóbr osobistych naruszonych przez odmowę zgody.
5. Uświadomione przyzwolenie dziecka stanowi o jego zgodzie na wkroczenie w sferę chronionych dóbr osobistych.

Warto zwrócić uwagę, że w tego rodzaju okolicznościach brak jest również dobra chronionego przez art. 192 Kodeksu karnego. Określony tam czyn – umyślne wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta – należy do kategorii przestępstw przeciwko wolności – więc ani przeciwko życiu i zdrowiu, ani przeciwko rodzinie. Nie została naruszona wolność podmiotu chronionego, czyli pacjenta. Wolność jako przedmiot ochrony stanowi więc kryterium wykładni zawężającej⁴³. Dla dobra prawnego, które jest przedmiotem ochrony danego przepisu, nie ma żadnego negatywnego znaczenia czyn polegający na wykonaniu zabiegu leczniczego (i tylko zabiegu – inne działania medyczne nie są objęte ustawowymi znamionami czynu) u dziecka za jego dobrowolnym przyzwoleniem, a bez zgody przedstawiciela ustawowego. Wolność przedstawiciela ustawowego jest indyferentna, bo to nie on jest pacjentem, a w sprawach pieczy nad osobą dziecka nie ma przyznanej wolności. Ściganie przestępstwa z art. 192 k.k. następuje na wniosek pokrzywdzonego, a rodzic nie będąc pacjentem nie może mieć takiego statusu. Jeśli wolność dziecka nie została w żaden sposób naruszona, to i ono nie doznało pokrzywdzenia, więc nie ma podstawy, by występować o ochronę w jego imieniu. Wątpliwość może budzić tylko, w jakim znaczeniu zostało użyte słowo „zgoda”: czy chodzi o prawnie relewantną zgodę na czynność medyczną według kryteriów przewidzianych w u.z.l. i u.p.p., czy o faktyczne przyzwolenie wymagające tylko udzielenia z dostatecznym rozeznaniem na tej samej zasadzie jak zgoda na naruszenie dobra osobistego. Skłaniam się ku tej drugiej koncepcji, ponieważ ocena prawidłowości zgody pacjenta na potrzeby zgodności z przepisami prawnomedycznymi jest zniuansowana i zgodnie z orzecnictwem nie każde uchybienie pociąga za sobą skutki takie, jak gdyby nie została udzielona w ogóle. Przenoszenie tych rozważań na grunt potencjalnej odpowiedzialności karnej wymagałoby bardzo żmudnych dociekań i w efekcie medyk niemal nigdy nie miałby pewności, czy nie popełnia czynu zabronionego. Z drugiej jednak strony przestępstwo z art. 192 k.k. ma charakter umyślny, więc nie wystarczy stwierdzenie po stronie sprawcy niedbalstwa. Co do zasady trafnie wywiódł natomiast Sąd

⁴³ Zob. L. Gardocki, *Prawo karne*, Warszawa 2017, s. 94.

Najwyższy w wyroku z 10 kwietnia 2015 r., że „nieliczenie się przez lekarza z brakiem (możliwego) ujawnienia przez pacjenta woli poddania się określonej zabiegowi (wycofania się, wyrażenia sprzeciwu) lub z nie dość jasnym wyrażeniem tego aktu woli, albo też pominięcie, iż do jego wyrażenia doszło wprawdzie w niezbity sposób, ale bez zachowania przez pacjenta swobody lub bez dostatecznej świadomości tego, jakie jest jego położenie, na co konkretnie się godzi i czego może się spodziewać, świadczy o zignorowaniu prawnego wymogu zgody (woli) pacjenta, a co za tym idzie, o samowolnym (bez zgody) wykonaniu tego zabiegu przez lekarza”⁴⁴. Innymi słowy – naruszenie któregoś (każdego) z kryteriów uświadomionej zgody musi stanowić (w kontekście 192 k.k.) umyślny zamach na wolność, więc nie będzie to każda postać naruszenia.

Z tego samego powodu nie ma także miejsca zawinione naruszenie praw dziecięcego pacjenta, bo dziecko nie ma „prawa” do tego, żeby decydował za nie przedstawiciel ustawowy, zaś „prawo” przedstawiciela ustawowego do wyrażania zgody zastępczej zostało nadużyte, więc nie korzysta z ochrony. Wprawdzie więc leczenie odbyło się bez wymaganej zgody przedstawiciela ustawowego, ale skoro ten nadużył prawa, a małoletni pacjent udzielił dobrowolnego przyzwolenia na wkroczenie w sferę swoich dóbr osobistych, to taka ingerencja lekarska, podyktowana celem leczniczym i zgodna z prawidłami wiedzy medycznej, nie jest moim zdaniem bezprawnym naruszeniem. Faktyczne dysponowanie dobrami osobistymi lub według innego ujęcia – skuteczne zezwolenie na wkroczenie w sferę dobra osobistego stanowiące jego naruszenie – nie jest co do zasady obwarowane wymogami formalnymi⁴⁵.

Do rozważenia pozostaje odpowiedzialność za przewinienie zawodowe polegające na zachowaniu sprzecznym z przepisami o wykonywaniu zawodu, które nakazują uzyskiwać zgodę przedstawiciela ustawowego dziecka. Wolno jednak twierdzić, że działanie na uświadomione życzenie potrzebującego dziecka, a przeciwko nadużyciu władzy rodzicielskiej, sta-

⁴⁴ Wyrok SN z dnia 10.04.2015 r., sygn. III KK 14/15.

⁴⁵ Jednym z ustawowych wyjątków jest zgoda na pożywanie seksualne: uprawianie seksu z osobą poniżej lat 15 stanowi czyn zabroniony przez kodeks karny, przez co za „wiek przyzwolenia” uważane jest ukończenie 15 lat.

nowi okoliczność wyłączającą winę. W grę wchodzi jednak bezdyskusyjnie tylko czynności w oczywisty sposób celowe medycznie i podyktowane dobrem zdrowotnym: takie, na które sąd opiekuńczy bez oporów wydałby zezwolenie przełamujące wolę rodziców. Inne, o skutkach trudniejszych do jednoznacznej oceny, będą wymagać każdorazowego namysłu przez pryzmat najlepiej pojętego interesu pacjenta i stopnia jego rozeznania odpowiedniego do trudności zadania decyzyjnego.

Dotychczasowe rozważania można podsumować następująco. Dobra osobiste dziecka związane z ochroną zdrowia zostają naruszone, ono samo nie dysponuje instrumentami prawnymi dochodzenia ochrony, sąd jest daleki i niedosiężny, a rodzice w najlepszym razie zaniedbują swoje obowiązki. Jedynymi osobami realnie zdolnymi do zaradzenia nieprawidłowościom pozostają lekarze i inne osoby wykonujące zawody medyczne: profesjonalści wyposażeni w odpowiednią wiedzę i zdolność oceny, czy i w jaki sposób ta wiedza powinna zostać zastosowana. Medycy jako jedyni mają przy tym realną, praktyczną i bieżącą, a nie teoretyczną i potencjalną tylko możliwość ochrony zdrowotnych dóbr osobistych dziecięcego pacjenta. Dlatego podjęte przez nich interwencje medyczne należy moim zdaniem uznawać za usprawiedliwione okolicznościami rozstrzygnięcia kolizji dóbr na rzecz ochrony zdrowia potrzebującego i świadomie ubiegającego się o to dziecka.

Dziecko powinno zostać zbadane zawsze, ilekroć się zgłosi. Wymaga uwzględnienia i uszanowania sam niepokój o zdrowie własne (lub rodzicielstwa), który konsultacja medyczna może rozwiązać i uspokoić nerwy. Jeśli dziecko samo, bez pośrednictwa rodziców zgłasza się do medyka⁴⁶, to już ten fakt świadczy o jego wewnętrznej autonomiczności. Potrzebę zdrowotną zaspokaja nie tylko diagnoza i efektywna pomoc medyczna, ale także poinformowanie, że obawy nie potwierdziły się albo wytłumaczenie możliwego źródła problemu i wystawienie skierowania do specjalisty. Dziecko może co prawda nie rozpoznawać dobrze objawów, ale zwracać się o pomoc pod wpływem instynktu samozachowawczego, a w sferze ochrony własnego zdrowia zachowania instynktowne nie są w niczym gorsze od wyrozumowanych.

⁴⁶ W tym użyciu jest to pojęcie zbiorcze oznaczające osobę wykonującą zawód medyczny.

5. Okoliczności usprawiedliwiające interwencję medyczną bez zgody przedstawiciela ustawowego

Polskie przepisy prawa medycznego są sformułowane na tyle elastycznie, że większość możliwości działania da się z nich wywieść bez zmian w ustawodawstwie. Potrzeba udzielenia pomocy zwykle spełnia kryteria niezwłoczności. Ból brzucha lub mdłości najpewniej świadczą o rozstroju żołądka. Bóle menstruacyjne wymagają uśmierzania. Stłuczone kolano trzeba zdezynfekować i opatrzyć. Może okazać się potrzebny zastrzyk przeciwężcowy. Ukąszenie przez owada wymaga zaopatrzenia i obserwacji, czy nie wywołuje się reakcja alergiczna. Objawy zgłaszane przez dziecko wymagają przynajmniej wykonania badania ogólnego, które może nie potwierdzić potrzeby niezwłocznej pomocy, ale najpierw musi zostać wykonane za faktycznym przyzwoleniem pacjentki lub pacjenta. Niektóre urazy – jak np. pęknięcie łuku brwiowego – mimo że w sumie niegroźne, wymagają niezwłocznej pomocy fachowej. Najważniejsze jest szybkie zapewnienie dziecku pomocy, a zawiadomienie rodziców – dopiero w następnej kolejności.

Lekarz ma obowiązek udzielić pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia (art. 30 u.z.l.) i wolno mu to zrobić wobec pacjenta małoletniego, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym ani z opiekunem faktycznym (art. 33 ust. 1 u.z.l.). *Wymaganie niezwłocznej pomocy lekarskiej* to nic innego jak bilans pozytywnych wskazań medycznych przemawiający za podjęciem interwencji już teraz w obawie przed pogorszeniem stanu.

Przywołany przepis nie ogranicza upoważnienia do sytuacji ekstremalnych, zatem stan wymagający niezwłocznej pomocy nie powinien być utożsamiany z bezpośrednim zagrożeniem utratą życia lub ciężkim rozstrojem zdrowia. Sformułowania użyte w przepisach prawa: „gdy zwłoka mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszko-

dzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia” (art. 30 u.z.l.); „jeżeli [pacjent] wymaga niezwłocznej pomocy lekarskiej” (art. 33 ust. 1 u.z.l.); „gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia” (art. 34 ust. 7 u.z.l.) czy w Kodeksie Etyki Lekarskiej: „gdy zwłoka w jej [pomocy] udzieleniu mogłaby zagrażać życiu lub spowodować znaczne pogorszenie stanu zdrowia pacjenta w krótkim czasie” (art. 7); „lekarzowi nie wolno odmówić pomocy lekarskiej w przypadkach niecierpiących zwłoki” (art. 76) – brzmią podobnie. Nie znaczą jednak, co oczywiste, tego samego.

Teresa Dukiet-Nagórska podsumowała syntetycznie, że wymaganie niezwłocznej pomocy lekarskiej obejmuje stany poprzedzające powstanie poważnego zagrożenia dla zdrowia, które uzasadniają interwencję lekarską w krótkim czasie, gdy opóźnienie może spowodować utrudnienia w diagnozowaniu lub w leczeniu⁴⁷. Autorka nie ma jednak moim zdaniem całkowitej racji, ograniczając dopuszczalność interwencji do perspektywy zagrożenia *poważnego*, bo wymaganie niezwłocznej pomocy lekarskiej o tym nie przesądza. Ujęcie ustawowe jest bardzo szerokie i sprowadza kwestię do oceny celowości leczenia⁴⁸ w momencie, o który chodzi, bo inaczej dolegliwość samoistnie nie ustąpi łatwo ani szybko, a mogą nastąpić komplikacje. Podjęte działanie ma na celu ochronę najlepiej pojętego interesu małoletniego, gdy on sam nie dysponuje prawną zdolnością do podjęcia decyzji (ale niezdolność prawna nie przeszkadza mu udzielić przyzwolenia faktycznego). Ustawa nie rozróżnia, o jakie czynności chodzi, dlatego wolno uznać, że chodzi o czynności niezbędne dla ustabilizowania stanu klinicznego, a więc również zażegnania niebezpieczeństwa, jeśli takie zaistniało. Przesłanka niezwłoczności jest spełniona, gdy niewykonanie czynności od razu przyniesie efekt szkodliwy i nieodwracalny: pacjent dozna uszczerbku na zdrowiu bądź stanie się

⁴⁷ T. Dukiet-Nagórska, *Autonomia pacjenta a polskie prawo karne*, Warszawa 2008, s. 91.

⁴⁸ M. Safjan, *Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*, Warszawa 1998, s. 46-47.

niemożliwe usunięcie szkody już powstałej⁴⁹. „Wymaganie niezwłocznej pomocy lekarskiej” to sytuacje, gdy zwłoka może prowadzić do szkody zdrowotnej albo cierpienia: uraz ręki, którego niezaopatrzenie grozi utratą palca; dotkliwy ból zęba, nawet jeśli nie jest objawem próchnicy czy zapalenia miazgi (tj. stanów grożących utratą zęba), a tylko dokuczliwym podrażnieniem; migrena; zranienie wymagające zaopatrzenia rany, w tym połączone z jej zeszyciem, niewyjaśniony silny ból w jakiejś części ciała. Innymi słowy: potrzeba zdrowotna jest ewidentna, sprawa nie może czekać, bo grozi pogorszenie lub powikłania, tyle że nie ma jeszcze zagrożenia ciężkim uszczerbkiem zdrowotnym.

Pojęcie „pomoc lekarska” jest bardzo pojemne znaczeniowo: chodzi o każdą pomoc, do której udzielenia potrzebny jest lekarz ze swoimi kwalifikacjami fachowymi. Wykonywanie zawodu lekarza w stosunku do pacjenta polega według u.z.l. „na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich” (Art. 2 ust. 1). Ustawowe wyliczenie nie jest, jak widać wyczerpujące i można do niego dodać również: podawanie leków i wystawianie na nie recept; zakładanie wyrobów medycznych (np. usztywnianie złamań); wystawianie skierowań do lekarzy specjalistów lub na badania dodatkowe; pobranie materiału do diagnostyki; samodzielne wykonywanie diagnostyki laboratoryjnej; lekarskie czynności profilaktyki zdrowotnej; działania paliatywne, czyli nastawione na poprawę komfortu życia pacjenta czy oględziny obrażeń ciała na potrzeby zabezpieczenia dowodów przeciwko sprawcom przemocy.

Przez to, że „nie ma możliwości porozumienia z przedstawicielem ustawowym” należy rozumieć niemożność wynikającą z braku czasu lub z braku sposobu. Dzieciący pacjent nie musi pamiętać numeru telefonu do rodzica ani mieć przy sobie działającego aparatu, na którym da się ten

⁴⁹ M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Ratowanie pacjentów niekompetentnych* [w:] *System Prawa Medycznego. Tom II. Część 1. Regulacja prawna czynności medycznych*, red. E. Zielińska, M. Boratyńska, P. Konieczniak, Warszawa 2019, s. 616.

numer wyszukać. Może też jasno zapowiedzieć, że nie będzie współpracować, i to nie powód, by odmówić mu pomocy lekarskiej w pilnej potrzebie zdrowotnej. Małe dziecko może nie umieć podać nawet nazwiska, adresu zamieszkania ani numeru telefonu, ale potrzebować pomocy. Niezależnie od wieku może być przerażone, zdezorientowane lub splątane, ale instynkt samozachowawczy podpowiada mu, żeby szukać lekarza w związku z odczuwanymi objawami lub niepokojącym samopoczuciem. Dziecko, które na ulicy spadło z roweru, może potłuczone i podrapane trafić do ambulatorium, przyprowadzone przez przechodnia. Ofiara napaści mogła zgłosić się na SOR prosto z miejsca zdarzenia. Nastolatkowi z depresją lub padaczką mogły skończyć się stale zażywane leki i zauważył to dopiero, sięgnąwszy do pustego już opakowania. Potrzeba niezwłocznej pomocy lekarskiej przekłada się również na zachowanie ciągłości rozpoczętej terapii.

Tak więc prawne możliwości legalnego udzielenia pomocy istnieją, tylko wśród personelu medycznego ugruntowało się poparte smutnymi doświadczeniami przeświadczenie, że jeśli dziecku zostanie udzielona pomoc bez pytania o zgodę rodzica, to następnego dnia przyjdzie on z awanturą. Interwencje powinny być jednak podejmowane zgodnie z zasadą minimalizacji: ograniczane do takich, których niewykonanie spowoduje szkodliwy i nieodwracalny skutek bądź których odłożenie na później pociągałoby za sobą następstwa niekorzystne dla zdrowia pacjenta. Za udzieleniem pomocy mają więc przemawiać względy celowości medycznej, ale jej zakres nie powinien przekraczać granic niezbędności dla opanowania sytuacji. To jednak zupełnie wystarczy, by zażegnać kryzys, a o to przecież chodzi. W tym trybie mogą być wykonywane wszelkie czynności lecznicze, włącznie z wymienionymi w następnym przepisie u.z.l. zabiegami operacyjnymi lub innymi metodami leczenia bądź diagnostyki, stwarzającymi podwyższone ryzyko – o ile okażą się niezbędne. W konkretnym przypadku niezbędne mogą okazać się także interwencje radykalne i obarczone ryzykiem – np. torakotomia przy ranie kłutej⁵⁰.

⁵⁰ Pojedyncze przypadki zaatakowania nożem jednego ucznia przez drugiego zdarzyły się na przestrzeni lat w polskich szkołach ponadpodstawowych. Zob. <https://www.polsatnews.pl/wiadomo->

Wprawdzie spotyka się koncepcje interpretacyjne ferujące zapatrywanie, iż na podstawie tego przepisu wolno wykonywać tylko czynności niepodwyższonego ryzyka, warto jednak zwrócić uwagę, że pilna potrzeba medyczna nie wybiera. Decydują wymagania chwili, dlatego wprowadzanie rozróżnienia na rodzaje czynności byłoby nieoperatywne: mogą to być wszelkie niezbędne czynności lecznicze związane zarówno z ryzykiem zwykłym, jak i z podwyższonym⁵¹. Istnieje osobny przepis pozwalający na wykonywanie zabiegów podwyższonego ryzyka bez zgody przedstawiciela ustawowego ani sądu opiekuńczego, gdy zwłoka w uzyskiwaniu zgody groziłaby pacjentowi poważnym niebezpieczeństwem zdrowotnym: utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia (art. 34 ust. 7 u.z.l.), ale zakresy tych dwóch unormowań nie są rozłączne. Przepis art. 33 ust. 3 odwołuje się do braku zgody pacjenta nieposiadającego zdolności decyzyjnej, gdy nie ma możliwości porozumienia się z jego prawnym reprezentantem, natomiast art. 34 ust. 7 pozwala podjąć interwencję przy braku zgody przedstawiciela ustawowego. Sens unormowania jest więc taki, że pilne czynności o podwyższonym ryzyku i w obliczu poważnego niebezpieczeństwa wolno przeprowadzić, nawet gdy obecny na miejscu przedstawiciel ustawowy nie wyraża zgody – tak jak zachowują się świadkowie Jehowy. Wymaganą zgodę przedstawiciela ustawowego lub sądu wolno jest pominąć również w odniesieniu do badań lub czynności niestwarzających ryzyka podwyższonego, o ile ich poniesienie groziłoby tym samym rodzajem niebezpieczeństwa – jeśli nie ma możliwości porozumienia się z nieobecnymi (art. 32 ust. 9 u.z.l.). Na gruncie pierwszego z przywołanych przepisów (art. 33 ust. 1) ustawowe upoważnienie do działania bez zgody uwarunkowane jest niemożnością jej uzyskania niezależnie od przyczyn. Natomiast art. 34 ust. 7 pozwala na wykonanie czynności medycznych u pacjenta formalnie niezdolnego

mosc/2019-05-10/warsawa-tragiczny-final-awantury-miedzy-uczniami-w-szkole-podstawowej/; <https://noweinfo.pl/tychy-uczen-nozownik-po-postawieniu-mu-zarzutu-uszkodzenia-ciala-zostal-przekazany-rodzicom/>; <https://wiadomosci.wp.pl/nozownik-w-szkole-w-warszawie-ranny-uczen-6970556322798144a>; <https://tvn24.pl/trojmiasto/tczew-uczen-raniony-nozem-w-tczewskim-technikum-st7805944>.

⁵¹ M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta...*, s. 28.

do decydowania pomimo braku zgody przedstawiciela ustawowego i bez czekania na zezwolenie przełamujące sądu⁵², o ile czynności są niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

Ogólny sens tych unormowań jest taki, że gdy chodzi o pacjentów niezdolnych decyzyjnie, w tym również małoletnich, to wolno udzielać im pomocy medycznej w sytuacjach nagłych, bez czekania na czyjąkolwiek zgodę zastępczą.

Wymaganie niezwłocznej pomocy lekarskiej daje rozległe pole do interpretacji na korzyść udzielenia dziecku niezbędnej pomocy medycznej w każdym miejscu i czasie. W ostatnim okresie powtarza się dający do myślenia scenariusz. Każda próba obniżenia ustawowego wieku decyzyjnego u dzieci i młodzieży napotyka gwałtowny opór konserwatystów, którzy najwyraźniej mają za nic zagrożenie zdrowia dzieci, a chodzi im tylko o sprawowanie nad nimi dyskrecyjnej władzy i tym doprowadzają do faska kolejnych przedsięwzięć⁵³. To sprawia, że należy szerzej wykorzystać istniejące rozwiązania prawne i nadać im interpretację zgodną z ich sensem aksjologicznym, a jednocześnie z rysującymi się potrzebami zastosowania. Usprawiedliwienie interwencji medycznej wymaganiami niezwłocznej pomocy lekarskiej, zarówno w ochronie zdrowia somatycznego, jak i psychicznego, daje lekarzowi stosunkowo szerokie możliwości działania bez konieczności zwracania się po zgodę do przedstawicieli ustawowych dziecka. Wydaje się, że ta możliwość jest niedoceniana, ponieważ lekarze, nieobznajomieni dostatecznie na co dzień z obowiązującą ich ustawą zawodową, mają tendencję do interpretowania wymogu niezwłocznej pomocy lekarskiej jako stanu bezpośredniego zagrożenia

⁵² T. Dukiet-Nagórska, *Autonomia pacjenta...*, s. 93; A. Zoll, *Stan wyższej konieczności jako okoliczność wyłączająca przestępność czynu w praktyce lekarskiej*, „Prawo i Medycyna” 2005, nr 2 (19), s. 13; K. Daszkiewicz, *Uchylenie odpowiedzialności lekarza za wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta*, „Palestra” 2002, nr 11-12, s. 37; M. Boratyńska, *Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, Warszawa 2012, s. 331.

⁵³ Chodzi o inicjatywy legislacyjne obniżenia wieku decyzyjnego młodzieży w sprawie ochrony zdrowia intymnego oraz zdrowia psychicznego. Te dwie sfery ochrony zdrowia przedstawiają się jako najbardziej drażliwe i napotykające największe trudności w uzyskaniu dostępu przez młode osoby do opieki zdrowotnej. W obu kategoriach spraw przeszkodę stanowią nieuzasadnione opory rodziców.

przynajmniej ciężkim uszczerbkiem zdrowotnym. Jak jednak zostało wyjaśnione, przesłanka niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia upoważnia nawet do wykonania zabiegu operacyjnego, lub innej czynności stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta wbrew woli przedstawiciela ustawowego i jest unormowana odrębnie. W tej kategorii przypadków można rzeczywiście wywodzić z tego zagrożenie bezpośrednie, skoro z przepisu wynika, że wolno działać, gdy takim niebezpieczeństwem grozi strata cennego czasu na wystaranie się o potrzebną zgodę zastępczą. Jednak koncept *periculum in mora* przewidziany jest na każdy wypadek, gdy pacjent „wymaga niezwłocznej pomocy lekarskiej”. To zaś obejmuje również stany dopiero poprzedzające powstanie poważniejszego zagrożenia dla zdrowia, które uzasadniają interwencję lekarską w krótkim czasie, by temu zapobiec – gdy opóźnienie może spowodować utrudnienia w diagnozowaniu lub leczeniu. Nie trzeba więc zaraz, żeby pacjent broczył krwią z otwartej rany. Wystarczy uzasadniona wątpliwość, którą może rozwiązać dopiero badanie stanu zdrowia. Przykładowo, jedna z najbardziej niebezpiecznych dolegliwości – zapalenie wyrostka robaczkowego – bywa w początkowej fazie trudna do rozpoznania dlatego, że pierwsze symptomy należą do tzw. nieswoistych. Ryzyko ich zbagatelizowania dotyczy tym bardziej dziecka, które może mieć większą niż osoba dorosła trudność w trafnym opisanu objawów. Takie ryzyko aktualizuje się we wszystkich sytuacjach, gdy obserwowane oznaki nie świadczą jednoznacznie, że choroba należy do banalnych i ustępujących samoistnie. Wolno więc twierdzić, że alarmujące jest samo zgłoszenie się przez dziecko po pomoc medyczną i pierwszym zadaniem lekarza lub pielęgniarki jest miarodajne rozwiązanie wątpliwości, czy młody pacjent wymaga niezwłocznej pomocy lekarskiej, a dopiero potem rozglądanie się za jego opiekunem. To samo dotyczy sytuacji, gdy dziecko zostanie przyprowadzone do lekarza przez kogokolwiek, komu wydaje się, choćby i błędnie, że zachodzi potrzeba niezwłocznej pomocy. Powinnością lekarza jest wówczas rzetelnie ocenić, czy rzeczywiście tak jest, a przecież bez zbadania pacjenta przedstawia się to jako niemożliwe. Niepokojące objawy mogą zaś dotyczyć także zdrowia psychicznego, przy czym dokonanie oceny będzie potrzebować znacznie bardziej wni-

kliwego badania, bo taka jest szczególna właściwość opieki psychiatrycznej. Wynika stąd, że lekarz może i powinien przeprowadzić co najmniej podstawowe badanie ogólne celem wykluczenia niezwłocznej potrzeby lekarskiej. W sprawach dzieci należy do tego podchodzić z większą skrupulatnością, niż gdy chodzi o dorosłych, a to ze względu na zwiększone ryzyko błędu w ocenie stanu zdrowia na podstawie zebranego wywiadu. Gdy zaś taka potrzeba niezwłoczności zostanie rozpoznana, lekarzowi wolno jest – choć tylko za faktycznym przyzwoleniem pacjenta wykazującego zdolność autonomii – wykonać wszystkie czynności medycznie celowe dla opanowania sytuacji.

Moim zdaniem wymaganie niezwłocznej pomocy zaktualizowało się przykładowo w okresie niedawnej pandemii, a pomoc ta polegała na podaniu szczepionki. Decydujące znaczenie miało bowiem wszechobecne zagrożenie zakażeniem. To samo odnosi się do szczepień poekspozycyjnych, zastrzyków przeciwtężcowych czy profilaktyki przeciwzакrzepowej. Wymaganiem niezwłocznej pomocy objęta jest również antykoncepcja postkoitalna niezależnie od wieku metrykalnego dojrzałej płciowo pacjentki, chodzi bowiem o szybkie i bardzo ograniczone w czasie co do swej skuteczności zapobieżenie ciąży po ryzykownym zachowaniu seksualnym. Młodociana ciąża stanowi przede wszystkim zagrożenie dla zdrowia, co niedwuznacznie wynika z opublikowanych w 2023 r. wytycznych fachowych⁵⁴. Im młodsza dziewczynka, tym zagrożenie większe. Dziecko deklarujące kryzys zdrowia psychicznego również powinno zostać jak najszybciej przyjęte przez terapeutę, bo nie sposób przewidzieć, czym w przeciwnym razie może samemu sobie zagrozić: będzie „tylko” się samokaleczyć, czy od razu podetnie sobie żyły. Tym bardziej że w początkowej fazie kryzysu psychoterapia może wystarczyć i zapobiec potrzebie farmakoterapii, jest to więc klasyczny przykład *periculum in mora*. Warto przy tym zwrócić uwagę, że jeśli młody człowiek z własnej inicjatywy i własnym sumptem poszukuje pomocy psychiatrycznej, to sytuacja musi

⁵⁴ Zob. *The Polish Society of Gynecologists and Obstetricians's Expert Group Recommendations regarding adolescent pregnancy*, red. A. Drosdzol-Cop, J. Staniczek i in., „Ginekologia i Perinatologia Praktyczna” 2023, t. 94, nr 3, s. 258-267.

być naprawdę poważna i dlatego nie może czekać na łaskawą i udzielną zgodę rodzica⁵⁵. Ważne jest, żeby dzieci i młodzież otrzymywały od dorosłych czytelny przekaz, że gdy zgłoszą się po pomoc samodzielnie, to nie zostaną z miejsca odesłane po zgodę rodziców.

6. Uświadomione przyzwolenie dziecięcego pacjenta

Przyzwolenie na medyczną interwencję w organizm jest czynnością faktyczną stanowiącą finalny element prawidłowego udzielenia uświadomionej zgody na tę czynność według kanonu bioetycznego opracowanego przez klasyków gatunku, Beauchampa i Childressa. Według nich „ktoś udziela świadomej zgody na interwencję wtedy (a może wtedy i tylko wtedy), gdy jest kompetentny w działaniu, otrzymuje pełną informację, rozumie ją, działa dobrowolnie i przyzwala na interwencję”⁵⁶. Według polskiego ustawodawstwa zgoda może być zakomunikowana co do zasady w dowolny sposób, byle ujawniała wolę poddania się proponowanej wcześniej konkretnej czynności w sposób niebudzący wątpliwości (art. 32 ust. 7 u.z.l. i art. 17 ust. 4 u.p.p.). Ujawnienie woli poddania się, uwzględnia również czynnik przyzwolenia. Te same reguły interpretacyjne można zastosować do dziecka, z tym że zamiast pojęcia „zgoda” w sensie prawnie doniosłej akceptacji należy posłużyć się innym: „przyzwolenie” lub „akceptacja” (*assent*) w tych przypadkach, w których osoba małoletnia nie ma przyznanego prawa do samodzielnego decydowania ze skutkiem w sferze prawa. Przyzwolenie przez dziecko występuje tu jako substytut zgody prawnie doniosłej u osoby samodzielnej pod względem prawnym. Polskie prawo nie reguluje kwestii przyzwolenia pacjenta pediatrycznego na czynność medyczną, choć jest ona obecna w systemach prawnych wielu krajów anglosaskich i w tworzonych tam rekomendacjach etycznych. Akceptacja przez pacjenta pediatrycznego jest tam rozumiana jako przystanie na

⁵⁵ Sarkazm jest o tyle uzasadniony, że odnotowanym zjawiskiem społecznym jest uchylanie się przez sporą grupę rodziców od umożliwienia swoim dzieciom skorzystania z opieki psychologicznej i psychiatrycznej, co często podyktowane jest źle rozumianym wstydem przed reakcją otoczenia.

⁵⁶ T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki...*, s. 157.

działanie medyczne lub przynajmniej brak sprzeciwu⁵⁷, choć to drugie rozumienie akceptacji przedstawia się jako wysoce wątpliwe pójście na skróty. Różnica między uświadomioną zgodą a faktycznym przyzwoleniem tkwi nie tylko w prawnej doniosłości tej pierwszej jako okoliczności legalizującej podjęte działania. W przypadku dziecka niezdolnego decyzyjnie pod względem prawnym przyzwolenie spełnia funkcję niebagatelną z punktu widzenia poszanowania godności. Wyjednanie przyzwolenia ma ten walor moralny, że daje dziecku poczucie sprawczości we własnych sprawach. Ponadto dzięki temu dziecko wewnętrznym pogodzi się z sytuacją i nie będzie aktywnie protestować. Uzyskanie faktycznej akceptacji jest nieodzowne również z tego powodu, że prawo nie przewiduje możliwości zastosowania przymusu bezpośredniego. Przywołane wcześniej Wytyczne Rady Europy (2024) *Guide to Children's Participation in Decisions about their Health* wyjaśniają:

„Dzieci mogą również, zgodnie z przepisami krajowymi, wyrazić zgodę lub sprzeciw. Terminy „zгода” i „sprzeciw” zazwyczaj opisują sytuację, gdy dzieci wyrażają zgodę lub sprzeciw wobec leczenia w sytuacjach, gdy nie mają jeszcze prawnego prawa do wyrażenia zgody. Jeśli dzieci są uznawane za zdolne do wyrażenia zgody, należy uzyskać ich zgodę, oprócz zgody rodziców”⁵⁸.

Aby zapewnić dzieciom możliwość korzystania z prawa do wyrażenia formalnej zgody (*consent*) albo faktycznego przyzwolenia (*assent*), szpitale i inne placówki opieki zdrowotnej powinny wdrożyć różne środki, w tym:

- przyjęcie przez szpital lub służbę zdrowia polityki zgody, odzwierciedlającej przepisy krajowe;
- zapewnienie, żeby pracownicy służby zdrowia byli świadomi tej polityki;
- promowanie budowania potencjału profesjonalistów medycznych, aby zapewnić, że posiadają oni wiedzę i kompetencje, aby angażować dzieci

⁵⁷ P. Łuków, *Etyka lekarska w pediatrii...*, s. 186.

⁵⁸ *Children can also, according to national legislation, provide their assent or express their dissent. The terms assent and dissent generally describe when children give their agreement or disagreement to a treatment, in situations where they do not yet have a legal right to give their consent. If children are considered capable of assent, their assent should be sought in addition to parental authorisation.*

w proces decyzyjny w sposób znaczący oraz aby prosili o zgodę na leczenie zawsze, gdy jest to wymagane;

– regularne angażowanie dzieci w ocenę istniejących polityk i praktyk, jako sposobu na ich ulepszenie, a także na poprawę doświadczeń dzieci związanych z opieką⁵⁹.

Zgodnie z *Wytycznymi*, przy uwzględnieniu krajowych ram prawnych, dążenie do porozumienia z dzieckiem powinno uwzględniać równowagę między rosnącą zdolnością nastolatka do samodzielnego podejmowania decyzji a potrzebą ciągłej szczególnej ochrony zapewnianej przez przedstawicieli prawnych (rodziców). Gdy chodzi o dzieci młodsze lub niemowlęta, które nie są w stanie wyrazić sprzeciwu ani wyartykułować go werbalnie, wszelkie oznaki oporu lub protestu należy zidentyfikować i omówić z rodzicami, aby ocenić i ustalić, czy dane zachowanie stanowi jedynie wyraz akceptowalnego obciążenia, czy też może być uznane za powód do obaw o kontynuację interwencji. Należy również pamiętać, że w przypadku wielu dzieci rodzice będą najlepiej w stanie zrozumieć lub zinterpretować sygnały niewerbalne. W każdych zaś okolicznościach, niezależnie od wyniku lub kierunku decyzji, wnioski z wszelkich podjętych decyzji należy starannie i życzliwie wyjaśnić dziecku⁶⁰.

Prawa pacjenta są w większości instrumentami ochrony dóbr osobistych szczególnego rodzaju, bo uwarunkowanych interesem zdrowotnym albo tak ukierunkowanego aspektu dóbr osobistych o charakterze powszechnym. Wyewoluowały normatywnie z ochrony dóbr osobistych, ale niektóre utrzymują z nimi wyraźny związek przez zachowanie wycinkowej tożsamości dóbr chronionych. Ze względu na to, że znaczna większość praw pacjenta ma swe źródło w ochronie dóbr osobistych, podstaw

⁵⁹ - *adoptating a hospital or health service consent policy, reflecting national legislation;*

- *ensuring that health professionals are aware of this policy;*

- *promoting capacity building of professionals to ensure they have the knowledge and competencies to engage and involve children in the decision-making process in a meaningful way and that they ask for their consent to treatment whenever it is required;*

- *engaging with children regularly to assess existing policies and practices, as a way to improve these and also children's experiences of care.*

⁶⁰ Ibidem, s. 42.

do samodzielnego korzystania z nich przez dzieci i młodzież można poszukiwać w systemie ochrony dóbr osobistych. Brak podstawy prawnej do użycia przymusu, etyczna powinność starania się przez lekarza o uzyskanie zgody pacjenta małoletniego oraz dobro osobiste w postaci nietykalności cielesnej składają się moim zdaniem na powinność uzyskania faktycznego przyzwolenia na interwencję medyczną od każdego pacjenta dysponującego rozeznaniem. Niezależnie, jaki podmiot lub organ jest w danych okolicznościach upoważniony do wydania formalnej zgody prawnie doniosłej, dopiero własne przyzwolenie uchyla bezprawność ingerencji w nietykalność cielesną.

Cywilnoprawna zgoda uprawnionego na naruszenie dobra osobistego nie jest przy tym obwarowana żadnymi specyficznymi rygorami, w przeciwieństwie do zgody na poddanie się czynności medycznej. Ochrona praw pacjenta realizuje się na płaszczyźnie opieki zdrowotnej, ale ta płaszczyzna może przenikać się z płaszczyzną ochrony dóbr osobistych – przykładowo, gdy do szpitala wkradnie się reporter i filmuje pacjentów. Dzieciom tak samo wolno nie życzyć sobie naruszenia ich dóbr osobistych: filmowania, dotyku nie lubianych osób czy nakłaniania do pocałowania na przywitanie. Ponadto ochrona przewidziana dla ich dóbr jako praw pacjenta może okazać się niewystarczająca. Unormowana *expressis verbis* w u.p.p. jest tylko odpowiedzialność odszkodowawcza za zawinione naruszenia, a oprócz tego zostały ustalone pewne reguły ostrożności wymagające przestrzegania, np. by przy udzielaniu pacjentowi świadczeń zdrowotnych obecny był tylko niezbędny personel oraz że powinność dopilnowania tego spoczywa na lekarzu. Natomiast dla dóbr osobistych przewidziana jest ponadto ochrona niemajątkowa, opierająca się na zasadzie wyjściowej bezprawności każdego naruszenia i pozwalająca żądać zaniechania już w sytuacji zagrożenia dobra, zaś w razie naruszenia dokonanego – usunięcia jego skutków. Nadrzędnym celem ochrony praw pacjenta jest przede wszystkim, żeby te prawa nie były naruszane, a nie, żeby naruszenia były kompensowane. Niemajątkowa ochrona prewencyjna dobra osobistego powinna więc wyprzedzać majątkowe zadośćuczynienie za dokonane naruszenia.

Nawet małe dzieci mogą okazywać, że doszło do naruszenia ich dóbr osobistych, czyli są zdolne mentalnie, by to odczuć i zmanifestować; potrafią też przejawiać niewerbalną akceptację świadczącą o przyzwoleniu – np. same chcą się przytulić. W ten prosty sposób umieją więc za dysponować swoją nietykalnością cielesną i nawet we wczesnym wieku wykazać odpowiednie rozeznanie. Czynność prawna i oświadczenie woli wymagają racjonalnej oceny skutków prawnych – czyli uświadomienia, co z danego działania wyniknie w sferze prawa. Dla świadomości naruszenia dobra osobistego wystarczy poczucie krzywdy bądź dyskomfortu. Przesłanka ochrony – fakt naruszenia – odbierana jest przez osobę dotkniętą naruszeniem także na innym poziomie niż racjonalny. W dużej mierze jest to poziom emocji, który również wyznacza granicę bezprawności naruszenia. Przemawia to za przyjęciem innych kryteriów oceny kompetencji niż zdolność do czynności prawnych. Ochrona dobra osobistego realizuje się w roszczeniach o zaprzestanie naruszeń, usunięcie ich skutków oraz o rekompensatę pieniężną. Spośród tych trzech żądanie zaprzestania z pewnością nie musi przybierać kształtu formalnej deklaracji i jest najprostsze do faktycznego zrealizowania. Wobec tego prawnie doniosłe żądanie zaprzestania naruszania dobra osobistego służy każdemu – w tym małemu nawet dziecku – kto jest w stanie odczuć naruszenie określonego dobra osobistego – i może być wyrażone przez każde zachowanie, które ujawnia to w sposób dostateczny. Nie chodzi bowiem o wywołanie skutków prawnych, tylko o skutek faktyczny – żeby naruszenie ustało. Nie potrzeba zdolności do czynności prawnych, żeby zastosować skuteczną samoobronę. Wystarczy dostateczne rozeznanie w naruszeniu swojego dobra i chęć odpowiedniego zareagowania. To samo dotyczy niektórych sposobów usunięcia skutków naruszenia – np. zażądania przeprosin, oddania zabranych rzeczy osobistych czy przywrócenia innego stanu sprzed naruszenia.

Jeśli zaś chodzi o skuteczne zezwolenie na uchylające bezprawność wkroczenie w sferę dobra osobistego, to dyspozycja polegająca na czynności faktycznej możliwa jest bez angażowania środków ochrony prawnej, wymaga jednak wyższego poziomu kompetencji niż uzmysłowienie

sobie naruszenia. Do zadysponowania przez dzieci dobrami osobistymi, a w tym także niektórymi prawami pacjenta, potrzeba już odpowiedniego rozeznania. Zdolność do dyspozycji dobrem osobistym powinna być rozpatrywana w kategoriach faktycznej zdolności do oceny praktycznych skutków decyzji. Taką ocenę powinno się stosować w szczególności do przyzwolenia przez dziecko na medyczne naruszenie nietykności i integralności cielesnej, a uświadomione i dobrowolne przyzwolenie uchyli bezprawność naruszenia.

Powyższe uwagi uzupełniają zestaw kryteriów usprawiedliwiających moim zdaniem interwencję medyczną przeprowadzoną u dziecka samodzielnie zgłaszającego się po pomoc w nadzwyczajnych okolicznościach, zaś w okolicznościach nienagłych przejawiają za wyłączeniem winy.

Zakończenie

Koncept *periculum in mora* pozwala na dostarczenie podstawy ustawowej dla szerokiego zakresu interwencji medycznych u dziecka bez konieczności uzyskiwania zgody przedstawiciela ustawowego, nie daje jednak możliwości udzielenia pomocy medycznej w każdym przypadku uzasadnionej potrzeby zdrowotnej zgłaszanej samodzielnie przez małoletniego. Umożliwia w większym stopniu pomoc doraźną niż roztoczenie opieki prewencyjnej o charakterze ciągłym lub powtarzalnym, chyba że chodzi o utrzymujący się kryzys zdrowotny wymagający zażegnania. Najtrudniejsze do uzyskania przez dzieci i młodzież są te rodzaje świadczeń, którym rodzice apriorycznie odmawiają poparcia. Należy do nich w szczególności bieżąca opieka ginekologiczna, której potrzeba jest niewątpliwa i potwierdzona rekomendacjami fachowymi, ale nie zawsze pilna, trudno więc co do zasady uzasadniać ją obawą przed pogorszeniem. Pilną potrzebą nie są także podyktowane szczepienia ochronne (choć część z nich ma charakter obowiązkowy i ten status daje moim zdaniem możliwość samodzielnego zgłoszenia się przez dziecko).

Gdy małoletni pacjent chce wziąć sprawy w swoje ręce, natknie się przede wszystkim na obawy lekarza przed „bezprawnością” podejmowanych wobec niego działań. Tymczasem „prawa rodziców”, o których

w tym kontekście tyle rozprawiają konserwatyści, mają funkcję służebną wobec najlepiej pojętego interesu *vel* dobra dziecka. Nie przysługuje wykonywanie bądź niewykonywanie ich w sposób swobodny, nie służą też ochronie żadnych interesów własnych rodzica zasługujących na poszanowanie. Prawo rodzica do prywatności nie może godzić w prawo do prywatności dziecka, a dzieje się tak, gdy dziecko ma niezaspokojone usprawiedliwione potrzeby zdrowotne.

Nawet jednak stwierdzenie wyjętego spod prawa nadużycia władzy rodzicielskiej pozostawia po sobie próżnię normatywną w sprawie wydania zgody zastępczej. Zapewnienie jej przez nakaz sądowy jest możliwe w teorii, ale mało realne w praktyce. Wprawdzie dobra osobiste dziecka są naruszone przez rodzicielskie zaniechania, ale medycy nie mają formalnej legitymacji do podejmowania ich ochrony. Wolno tylko twierdzić, że mają takie usprawiedliwienie moralne, w szczególności, gdy dziecko samo szuka u nich pomocy. Jeśli pomoc spełnia kryteria zaspokojenia uzasadnionej potrzeby, jej legalność opiera się na leczniczym celu interwencji zgodnie z pozytywnymi wskazaniem i prawidłami wiedzy medycznej oraz na uświadomionym i dobrowolnym przyzwoleniu dziecięcego pacjenta. Awanturowanie się przez rodzica *post factum* na różne sposoby – składanie skarg, zawiadamianie o popełnieniu przewinienia zawodowego etc., stanowi takie samo nadużycie prawa jak uprzednie zaniechanie. Swoim działaniem na rzecz dobra zdrowotnego przyzwalającego dziecka lekarz nie wypełnia znamion przestępstwa leczenia bez zgody, a co najwyżej dopuszcza się uchybienia prawnemu wymaganiu uzyskania zgody od przedstawiciela ustawowego. Nie narusza jednak chronionych dóbr osobistych tamtego, bo nadużycie prawa przez rodzica znosi należną mu ochronę – o ile w ogóle da się takie naruszone dobro osobiste wskazać. Z tego względu dobroczyniące zachowanie lekarza wobec zgłaszającego się dziecka nie może być też moim zdaniem uznawane za przewinienie zawodowe: wymienione okoliczności wyłączają winę, ponieważ działanie w tych warunkach zmierza do słusznego moralnie rozstrzygnięcia nieusuwalnej w inny sposób kolizji między potrzebą zdrowotną u dziecięcego pacjenta posiadającego faktyczną autonomię a samowolą zaniechania przez jego rodzica.

Bibliografia:

- Alderson P., *Competent children? Minors' consent to health care treatment and research*, „Social Science & Medicine” 2007, t. 65, nr 11.
- Alderson P., *In the Genes or in the Stars? Children's competence to consent*, „Journal of Medical Ethics” 1992, nr 18 (3).
- Beauchamp T.L., Childress J.F., *Zasady etyki medycznej*, Warszawa 1996.
- Bluebond-Langner M., Belasco J.B., DeMesquita Wander M., *“I Want to Live, Until I Don't Want to Live Anymore”: Involving Children with Life-Threatening and Life-Shortening Illnesses in Decision Making about Care and Treatment*, „Nursing Clinics of North America” 2010, t. 45 (3).
- Boratyńska M., Konieczniak P., *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001.
- Boratyńska M., Konieczniak P., *Ratowanie pacjentów niekompetentnych [w:] System Prawa Medycznego. Tom II. Część 1. Regulacja prawna czynności medycznych*, red. E. Zielińska, M. Boratyńska, P. Konieczniak, Warszawa 2019.
- Boratyńska M., *Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, Warszawa 2012.
- Cieśliński M., *Stanowisko sędziów na temat wysłuchiwania małoletnich w postępowaniu cywilnym*, „Prawo w działaniu. Sprawy cywilne” 2017, t. 29.
- Daszkiewicz K., *Uchylenie odpowiedzialności lekarza za wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta*, „Palestra” 2002, nr 11–12.
- Dickens B.M., Cook R.J., *Adolescents and Consent to Treatment*, „International Journal of Gynecology and Obstetrics” 2005, t. 89 (2).
- Dukiet-Nagórska T., *Autonomia pacjenta a polskie prawo karne*, Warszawa 2008.
- Gardocki L., *Prawo karne*, Warszawa 2017.
- Guidance Notes on Young People and Consent - Cheshire West & Chester Council*, <https://www.cheshirewestandchester.gov.uk/documents/social-care-and-health/children/team-around-the-family/young-people-and-consent-guidance-notes-130219.pdf>.

- Guide to Children's Participation in Decisions about their Health* (2024), Steering Committee for Human Rights in the fields of Biomedicine and Health (CDBIO) and Steering Committee for the Rights of the Child (CDENF); Rada Europy, kwiecień 2024, <https://www.coe.int/en/web/human-rights-and-bio-medicine/guide-to-good-practice-concerning-the-participation-of-children>.
- Hein I.M., Troost P.W., Broersma A., de Vries M.C., Daams J.G., Lindauer R.J.L., *Why Is It Hard to Make Progress in Assessing Children's Decision-Making Competence?*, „BMC Medical Ethics” 2015, t. 16.
- Katz A.L., Webb S.A., *Informed Consent in Decision-Making in Pediatric Practice*, „Pediatrics” 2016, t. 138 (2).
- Kendrick C. i in., *Childhood Cancer: The Patient's Understanding of Disease and Treatment*, „Bristol Medico-Chirurgical Journal Special Supplement”, 1988, nr 102 (1a).
- Larcher V., Hutchinson A., *How Should Paediatricians Assess Gillick Competence?*, „Archives of Disease in Childhood” 2010, vol. 95.
- De Lourdes Levy M., Larcher V., Kurz R., *Informed Consent/ Assent in Children: Statement of the Ethics Working Group of the Confederation of European Specialists in Paediatrics (CESP)*, „European Journal of Pediatrics” 2003.
- Łuków P., *Świadoma zgoda pacjenta* [w:] P. Łuków, T. Pasierski, *Etyka medyczna z elementami filozofii*, Warszawa 2019.
- Michalek-Janiczek A., *Autonomia małoletniego w zakresie leczenia*, „Państwo i Prawo” 2009, nr 1.
- Miller V., Drotar D., Kodish E., *Children's Competence for Assent and Consent: A Review of Empirical Findings*, „Ethics and Behavior” 2004, t. 14 (3).
- The Polish Society of Gynecologists and Obstetricians' Expert Group Recommendations regarding adolescent pregnancy*, red. A. Drosdzol-Cop, J. Staniczek i in., „Ginekologia i Perinatologia Praktyczna” 2023, t. 94, nr 3.
- Safjan M., *Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*, Warszawa 1998.

Slyk J., *Zezwolenie (zgoda) sądu opiekuńczego na udzielenie świadczenia zdrowotnego małoletniemu pacjentowi (art. 32 i 34 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty)*, „Prawo w działaniu. Sprawy cywilne” 2016, t. 25.

WHO guidance on assessing the competence of children (2022), <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352485/9789289057622-eng.pdf?sequence=2&is-Allowed=y>.

Zoll A., *Stan wyższej konieczności jako okoliczność wyłączająca przestępnosć czynu w praktyce lekarskiej*, „Prawo i Medycyna” 2005, nr 2 (19).

Orzecznictwo:

Cardwell v Bechtol, 724 SW 2d 739, 745 (Tenn 1987).

Gillick v West Norfolk and Wisbech Area Health Authority and another, [1985] 3 All ER 402, 17 Oct. 1985.

Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 30.10.2012 r., *P. i S. przeciwko Polsce*, skarga nr 57375/08, HUDOC.

S u m m a r y

Periculum in mora. Independent execution of the right to health care by a minor patient under the age of 16

Real respect for the rights of children under the age of 16 in health matters, in line with research-proven developing autonomy and in accordance with the difficulty of the decisions to be made, requires careful consideration and application of the rules on emergency medical assistance, while listening carefully to the child reporting a health problem or symptoms that concern them. The main errors in assessment that need to be corrected are: downplaying the child's complaints, sending them back for parental assistance, and relying entirely on their opinion. A flexible interpretation of the provisions for extraordinary circumstances allows us to fill the

decision-making gap between intentional parental neglect contrary to the child's legitimate health needs and the legal incapacity of a young patient who is, in fact, mature enough to cope with the task. It only requires placing it in the context of the constitutional right to health protection, the mechanism for the actual protection of personal rights, the recognition of parental neglect as an abuse of the right to substitute decision-making and parental authority, and the bioethical concept of the role of actual consent by a patient with the capacity for autonomy. A parent's failure to support a child in obvious need of healthcare constitutes an extraordinary circumstance requiring intervention. The proposed interpretation goes against the grain of the existing doctrinal interpretation.

Key words: informed consent, paediatric patient, medical procedure, fact autonomy, child's assent, decision-making capacity

DR TOMASZ DĄBROWSKI

UNIWERSYTET RADOMSKI IM. KAZIMIERZA PUŁASKIEGO

ORCID: 0000-0001-6184-140X

Depozyt rzeczy wartościowych pacjenta. Fragmentaryczność regulacji w prawie polskim na tle prawa francuskiego

DOI: 10.70537/PPM/218697

S t r e s z c z e n i e

Artykuł przedstawia prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie jako element systemu ochrony praw pacjenta w Polsce, wskazując na fragmentaryczny charakter obowiązujących regulacji i brak pełnej spójności normatywnej. Podstawę prawną stanowią art. 39 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2009 r., które określają podstawowe standardy organizacyjne i dokumentacyjne, lecz nie regulują kluczowych zagadnień, takich jak definicja rzeczy wartościowych, zasady odpowiedzialności podmiotów leczniczych oraz postępowanie z depozytem po śmierci pacjenta. Analiza porównawcza z rozwiązaniami przyjętymi w prawie francuskim oraz sformułowane postulaty *de lege ferenda* zmierzają do wzmocnienia ochrony mienia pacjentów i zwiększenia pewności prawnej w zakresie funkcjonowania depozytu w podmiotach leczniczych. Prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie znajduje solidne uzasadnienie w konstytucyjnej ochronie godności ludzkiej, prawa własności oraz prawa do ochrony zdrowia, a jego znaczenie wzrasta wraz z rosnącą wartością przedmiotów osobistych pacjentów i wydłużającymi się okresami hospitalizacji.

Słowa kluczowe: prawa pacjenta, depozyt podmiotu leczniczego, rzeczy wartościowe, odpowiedzialność podmiotu leczniczego, umowa przechowania

Wstęp

Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie stanowi jedno z praw gwarantowanych w polskim porządku prawnym¹. Choć ma ono charakter organizacyjny, pełni istotną funkcję gwarancyjną, zapewniając pacjentowi bezpieczeństwo mienia oraz ograniczając dodatkowe obciążenia psychiczne związane z hospitalizacją, w szczególności w przypadkach nagłego przyjęcia do podmiotu leczniczego.

Aktualność tej problematyki wzrasta w związku z rosnącą wartością przedmiotów osobistych pacjentów, w tym urządzeń elektronicznych, które zawierają dane osobowe o szczególnym charakterze. Zjawisku temu towarzyszą zmiany demograficzne i epidemiologiczne, skutkujące wydłużeniem okresów hospitalizacji oraz wzrostem liczby pacjentów przewlekle chorych, co dodatkowo zwiększa znaczenie właściwej organizacji systemu depozytowego w podmiotach leczniczych.

Analiza sprawozdań Rzecznika Praw Pacjenta wskazuje na systematyczny spadek liczby zgłoszeń dotyczących naruszenia prawa do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie. Najczęściej identyfikowane nieprawidłowości dotyczą uchybień dokumentacyjnych, zasad wydawania depozytu oraz problemów związanych z wydaniem przedmiotów po zakończeniu hospitalizacji lub po śmierci pacjenta².

Koncepcja praw pacjenta w Polsce jest zakorzeniona w międzynarodowych standardach ochrony praw człowieka, przede wszystkim w Mo-

¹ Historycznie prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie było unormowane w przepisie art. 19b ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2007 r., nr 14, poz. 89 ze zm.). Wprowadzona regulacja korespondowała z obecnym brzmieniem art. 39 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 581 ze zm.; dalej: u.p.p.) będącego w mocy, art. 19b ust. 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej pokrywał się zaś z art. 40 u.p.p.

² Sprawozdania Rzecznika Praw Pacjenta wskazują na spadek liczby zgłoszeń dotyczących naruszenia prawa do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie z 393 w 2021 r. (0,37% ze 107 022 sygnałów), przez 195 w 2022 r. (0,25% z 79 157 sygnałów), do 163 w latach 2023–2024 (0,20% z 77 668 oraz 0,23% z 70 820 sygnałów). Dominowały skargi na nieprawidłowości w procedurze wydawania depozytu, a w postępowaniach wyjaśniających stwierdzono odpowiednio osiem naruszeń w 2021 r., trzy w 2022 r., cztery w 2023 r. i jedno w 2024 r.

delu Deklaracji Praw Pacjenta WHO z 1994 r.³ i Europejskiej Karcie Praw Pacjenta z 2002 r., które konkretyzują ogólne prawa człowieka w specyficznej relacji jednostki z systemem ochrony zdrowia⁴. Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie, choć niewyrażone wprost w Konstytucji RP⁵, znajduje solidne uzasadnienie w systemowej wykładni jej przepisów, opierając się na trzech filarach: ochronie godności ludzkiej (art. 30), ochronie prawa własności (art. 21 i 64) oraz prawie do ochrony zdrowia (art. 68 Konstytucji RP). Spójność tego podejścia potwierdzają międzynarodowe regulacje, w tym Europejska Konwencja Praw Człowieka, Europejska Karta Społeczna oraz dyrektywa 2011/24/UE w sprawie praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej⁶.

Ochrona mienia pacjenta powinna być traktowana jako element organizacyjnego standardu jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej. Choć zasada ta nie jest wyrażona *expressis verbis* w aktach prawa międzynarodowego, wynika z systemowej wykładni dokumentów przyjmowanych w ramach Światowej Organizacji Zdrowia⁷ oraz Rady

³ European Charter of Patients' Rights, Rome, listopad 2002, https://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co108_en.pdf, [dostęp: 18.01.2026 r.].

⁴ A Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe, European Consultation on the Rights of Patients, Amsterdam 28-30 marca 1994, <https://www.activecitizenship.net/multimedia/files/charter-of-rights/the-forerunners-of-the-charter/The-Declaration-on-The-Promotion-of-Patients-Rights-in-Europe.pdf>, [dostęp: 18.01.2026 r.].

⁵ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U., nr 78, poz. 483 ze zm.).

⁶ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz.Urz. UE L 88, s. 45 ze zm.).

⁷ Karta Praw Bezpieczeństwa Pacjenta przyjęta przez Światową Organizację Zdrowia w dniu 18 kwietnia 2024 r. podczas 6. Globalnego Szczytu Ministerialnego ds. Bezpieczeństwa Pacjenta w Santiago de Chile (*Patient Safety Rights Charter*, WHO/UHL/IHS/PSF/2024.01) przewiduje prawo do „bezpiecznych i zabezpieczonych placówek opieki zdrowotnej” (*safe and secure health care facilities*) oraz prawo do godności i szacunku. Pojęcie *secure facilities* może być interpretowane jako obejmujące obowiązek organizacyjnego zabezpieczenia rzeczy osobistych pacjenta pozostających pod pieczą podmiotu leczniczego (dokument dostępny jest <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a48952b5-c8d5-4842-9e68-1ef966ffba85/content>). Podobny kierunek wynika z Deklaracji Amsterdamskiej WHO z 1994 r. (*A Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe*, WHO Regional Office for Europe, Amsterdam, 28-30 marca 1994 r., <https://rm.coe.int/168007cf98>).

Europy⁸, a także z orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej⁹.

Tezą artykułu jest twierdzenie, że regulacja depozytu podmiotu leczniczego w prawie polskim ma charakter fragmentaryczny i – w porównaniu z rozwiązaniami przyjętymi w prawie francuskim – nie zapewnia pełnej spójności normatywnej, w tym w zakresie definicji rzeczy wartościowych, zasad odpowiedzialności podmiotów leczniczych oraz postępowania z depozytem po śmierci pacjenta.

Celem opracowania jest analiza i ocena polskich regulacji prawnych dotyczących depozytu pacjenta w podmiocie leczniczym oraz wskazanie kierunków ich dalszego rozwoju na tle rozwiązań przyjętych w prawie francuskim.

W warstwie metodologicznej artykuł opiera się na trzech głównych metodach badawczych. Dominującą rolę odgrywa metoda dogmatyczno-prawna, polegająca na egzegezie i systematyzacji norm prawnych. Jej uzupełnieniem jest metoda prawno-porównawcza, która poprzez analizę rozwiązań francuskich stanowi punkt odniesienia dla krytycznej oceny polskiego ustawodawstwa. W celu zbadania, jak normy prawne funkcjonują w rzeczywistości, posłużono się również metodą funkcjonalną, analizując przykłady z orzecznictwa. Posiłkowo zastosowano metodę prawnohistoryczną, co pozwoliło na prześledzenie ewolucji instytucji depozytu w podmiocie leczniczym w polskim systemie prawnym.

Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie w prawie francuskim

Regulacja prawna dotycząca depozytu rzeczy pacjentów we Francji została kompleksowo skodyfikowana w ramach Kodeksu zdrowia pu-

⁸ Europejska Karta Praw Pacjentów z 2002 r. akcentuje prawo pacjenta do bezpieczeństwa i godności. Na poziomie Rady Europy istotne znaczenie ma Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej: Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie, tzw. Konwencja z Oviedo, z dnia 4 kwietnia 1997 r., ETS No. 164) w powiązaniu z art. 1 Protokołu nr 1 do Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności z dnia 20 marca 1952 r., gwarantującym ochronę własności. Dz.U. z 1995 r. nr 36, poz. 175.

⁹ W prawie Unii Europejskiej art. 4 ust. 1 lit. b dyrektywy 2011/24/UE zobowiązuje państwa członkowskie do zapewnienia opieki zgodnej ze standardami jakości i bezpieczeństwa, natomiast orzecznictwo Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej (np. wyrok z dnia 05.03.2015 r., sygn. C-503/13 i C-504/13, *Boston Scientific Medizintechnik GmbH*) przyjmuje szeroką ochronę interesów pacjenta.

blicznego (*Code de la santé publique*)¹⁰. Obejmuje ona zarówno przepisy części legislacyjnej (art. L1113-1–L1113-10), jak i części regulacyjnej (wykonawczej) (art. R1113-1–R1113-9)¹¹.

Na gruncie przepisu art. L.1113-1 *Code de la santé publique* przyjęto zasadę odpowiedzialności placówki na zasadzie ryzyka (*responsabilité de plein droit*) za kradzież, utratę lub zniszczenie rzeczy ruchomych powierzonych w depozyt¹². Odpowiedzialność ta dotyczy szerokiego kręgu podmiotów: zakładów leczniczych, zakładów opieki socjalnej lub medyczno-socjalnej, a także szpitali wojskowych. Należy podkreślić, że zgodnie z dyspozycją wskazanego przepisu depozytu nie mogą dokonywać osoby przyjmowane w ramach konsultacji ambulatoryjnych. Wprowadzono również, na mocy art. L.1113-2, limit odpowiedzialności odszkodowawczej, który określono jako równowartość dwukrotności miesięcznego pulapu wynagrodzeń dla obliczania składek na ubezpieczenie społeczne (*Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale*). Ograniczenie to nie ma jednak zastosowania, jeżeli szkoda wynika z winy placówki¹³. Zgodnie z art. L.1113-5 placówka nie ponosi

¹⁰ *Code de la santé publique* został utworzony 5 października 1953 r. na mocy dekretu nr 53-1001 (*Décret n° 53-1001 du 5 octobre 1953*), który kodyfikował teksty legislacyjne dotyczące zdrowia publicznego. Dekret ten został opublikowany w Dzienniku Urzędowym Republiki Francuskiej (JORF) n° 0237 z 7 października 1953 r.

¹¹ Obecny stan prawny depozytu rzeczy pacjenta jest wynikiem procesu kodyfikacji, który poprzez rozporządzenie z mocą ustawy nr 2000-548 z dnia 15 czerwca 2000 r. (*Ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie Législative du code de la santé publique*, JORF n° 143 z 22 czerwca 2000 r.) oraz dekret nr 2003-462 z dnia 21 maja 2003 r. (*Décret n° 2003-462 du 21 mai 2003 relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II et III du code de la santé publique*, JORF n° 122 z 27 maja 2003 r.) zintegrował wcześniejsze regulacje zawarte w ustawie nr 92-614 z dnia 6 lipca 1992 r. (*Loi n° 92-614 du 6 juillet 1992 relative à la responsabilité du fait des vols, pertes et détériorations des objets déposés dans les établissements de santé*, JORF n°156 z 7 lipca 1992 r.) oraz w dekreście nr 93-550 z dnia 27 marca 1993 r. (*Décret n° 93-550 du 27 mars 1993 portant application de la loi n° 92-614*, JORF n° 74 z 28 marca 1993 r.).

¹² Jak stanowi art. R1113-2, w placówkach, o których mowa w art. L.1113-1, zatrudniających księgowego ds. środków publicznych (*comptable public*), depozyty obejmujące sumy pieniężne, papiery wartościowe, środki płatnicze oraz przedmioty wartościowe należy składać u tego księgowego lub wyznaczonego zarządcy. Deponowanie pozostałych przedmiotów odbywa się u pracownika upoważnionego do tego przez dyrektora. W placówkach bez księgowego ds. środków publicznych przyjmowanie depozytów należy do obowiązków dyrektora lub wyznaczonego przez niego pracownika.

¹³ W myśl art. L.1113-3 odpowiedzialność przewidziana w art. L. 1113-1 obejmuje bez ograniczeń przedmioty wszelkiego rodzaju, które w momencie przyjęcia do placówki znajdują się w posiadaniu osób niezdolnych do wyrażenia swojej woli lub wymagających natychmiastowej pomocy medycznej, które z tego powodu nie są w stanie dopełnić formalności związanych z depozytem na warunkach

odpowiedzialności, gdy szkoda wynika z charakteru lub wady przedmiotu albo była konieczna do wykonania czynności medycznej. W przypadku rzeczy niezłożonych do depozytu przepis art. L.1113-4 ogranicza odpowiedzialność placówki do sytuacji, w której zostanie jej udowodniona wina.

Pacjent może zatrzymać przy sobie niektóre przedmioty za zgodą dyrekcji, jednak art. R.1113-3 uzależnia odpowiedzialność placówki od spełnienia łącznie trzech warunków: po pierwsze, nie są to sumy pieniężne, papiery wartościowe ani przedmioty wartościowe; po drugie, dopełniono formalności ewidencyjnych przewidzianych w art. R.1113-4, tj. przedmioty zatrzymane przez pacjenta zostały ujęte w pokwitowaniu zawierającym tzw. inwentarz kontradyktoryjny (*inventaire contradictoire*), czyli spis sporządzony w obecności obu stron – pacjenta i przedstawiciela placówki – oraz wpisane do prowadzonego przez depozytariusza rejestru specjalnego (należy podkreślić, że art. R.1113-4 wprost obejmuje nie tylko przedmioty zdeponowane, lecz również – *le cas échéant* – przedmioty zatrzymane przez pacjenta zgodnie z art. R.1113-3, a zatem formalności te mają charakter ewidencyjny, nie zaś stricte depozytowy); po trzecie, dyrektor placówki lub osoba upoważniona wyraziła zgodę na zatrzymanie danego przedmiotu przez pacjenta.

Procedury depozytowe są ściśle określone. Obowiązek informowania pacjentów o zasadach depozytu, zarówno pisemnie, jak i ustnie, nakłada na placówki art. R.1113-1. Każdy depozyt jest wpisywany do specjalnego rejestru, a pacjent, jak stanowi art. R.1113-4, otrzymuje pokwitowanie ze spisem zdawczo-odbiorczym (*inventaire contradictoire*), którego egzemplarz jest dołączany do akt administracyjnych tego pacjenta.

Szczególną ochroną objęto pacjentów niezdolnych do wyrażenia woli. W myśl art. L.1113-3 w ich przypadku odpowiedzialność placówki obejmuje wszystkie przedmioty znajdujące się przy pacjencie w chwili przyjęcia, bez stosowania limitów kwotowych. Personel jest wówczas zobowią-

przewidzianych w art. L. 1113-1. W takim przypadku formalności tych dokonuje personel placówki. Osoby wymienione w tym przepisie, gdy tylko będą w stanie to zrobić, odbiorą przedmioty, które nie mogą zostać zdeponowane na warunkach przewidzianych w art. L. 1113-1.

zany, na mocy art. R.1113-5, do niezwłocznego sporządzenia inwentarza i zabezpieczenia rzeczy.

Francuskie przepisy szczegółowo regulują również procedurę postępowania z depozytami nieodebranymi. Przy wypisie pacjent otrzymuje dokument uprawniający do odbioru depozytu, o czym stanowi art. R.1113-7¹⁴. W przypadku śmierci pacjenta dokument ten przekazywany jest jego spadkobiercom. Zgodnie z art. L.1113-7 po upływie roku od zakończenia pobytu pacjenta, nieodebrane środki pieniężne i papiery wartościowe są przekazywane do Kasy Depozytów i Konsygnacji (Caisse des dépôts et consignations), a pozostałe rzeczy – do administracji ds. mienia państwowego w celu ich sprzedaży. Obowiązek poinformowania pacjenta o tym zamiarze co najmniej sześć miesięcy wcześniej nakłada na placówkę art. L.1113-8. Urząd ds. mienia państwowego może odmówić przyjęcia przedmiotów, których wartość jest niższa od przewidywanych kosztów sprzedaży – w takim przypadku stają się one własnością placówki. Roszczenia do tych środków wygasają po pięciu latach od przekazania.

Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie w prawie polskim

Podstawy ustawowe – ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Aktem prawnym normującym prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie jest ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹⁵. Przepis art. 39 u.p.p. stanowi

¹⁴ W myśl art. R.1113-6 wszystkie przedmioty pozostawione przez pacjenta w chwili opuszczania placówki są składane do depozytu, jeżeli nie zostało to dokonane wcześniej, chyba że pacjent wydał inne dyspozycje. Przedmioty te podlegają złożeniu do depozytu również w przypadku śmierci pacjenta. O fakcie zdeponowania przedmiotów informuje się pacjenta, jego przedstawiciela prawnego (w przypadku osoby małoletniej), opiekuna prawnego lub kuratora (w przypadku osoby objętej środkami ochrony prawnej), a także rodzinę lub osoby bliskie.

¹⁵ Przed wprowadzeniem do systemu prawnego ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta materię dotyczącą przechowywania rzeczy wartościowych pacjentów normowała ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, a regulacja ta była zawarta w jej art. 19b. Szczegółowe warunki prowadzenia depozytu zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 25 lipca

podstawę prawną dla omawianego uprawnienia pacjenta. Zgodnie z jego treścią: „Pacjent przebywający w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie. Koszty realizacji tego prawa ponosi ten podmiot, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej”¹⁶. Należy podkreślić, że choć adresatem prawa pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie jest podmiot leczniczy, to jego faktyczna realizacja następuje w zakładzie leczniczym, stanowiącym jednostkę organizacyjną tego podmiotu.

Wykładnia językowa tego przepisu pozwala wyodrębnić kilka elementów konstrukcyjnych. Po pierwsze, przepis określa zakres podmiotowy uprawnienia, precyzując, że przysługuje ono pacjentom przebywającym w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne¹⁷. Obowiązek przestrzegania i zapewnienia realizacji tego prawa spoczywa wyłącznie na podmiotach prowadzących działalność leczniczą w zakresie świadczeń szpitalnych¹⁸ oraz stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych

2005 r. w sprawie depozytu wartościowych rzeczy pacjenta w zakładzie opieki zdrowotnej (Dz.U., poz. 145, poz. 1220). Zob. J. Bujny, *Prawa pacjenta między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007, s. 232.

¹⁶ W myśl art. 2 ust. 1 pkt 12 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 450 ze zm.; dalej: u.d.l.) przez stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne inne niż świadczenie szpitalne należy rozumieć świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzależnień. Świadczenia te są udzielane pacjentom, których stan zdrowia wymaga zapewnienia całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonych, stałych pomieszczeniach. Zob. wyrok NSA z dnia 19.09.2017 r., sygn. II FSK 2285/15, LEX nr 2393256.

¹⁷ Należy pamiętać, że zgodnie z art. 2 ust. 2 pkt 2 u.d.l. przez działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne rozumie się zarówno działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, jak i działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne. Problem wykładni pojęcia świadczenia zdrowotnego był przedmiotem analizy Naczelnego Sądu Administracyjnego w wyroku z dnia 27.06.2006 r., sygn. II FSK 1005/05, LEX nr 243005.

¹⁸ Definicja świadczeń szpitalnych zawarta jest w art. 2 ust. 1 pkt 11 u.d.l. Świadczenie szpitalne to wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Świadczenia-

innych niż szpitalne. Pacjent, w tym pacjent małoletni, może korzystać z tego prawa w następujących podmiotach leczniczych: szpitalach, zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładach rehabilitacji leczniczej, hospicjach oraz w wybranych zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, takich jak sanatoria uzdrowiskowe¹⁹.

Po drugie, ustawodawca użył sformułowania „ma prawo”, co jednoznacznie wskazuje na fakultatywny charakter omawianego uprawnienia. Pacjent może, ale nie musi skorzystać z możliwości złożenia swoich rzeczy wartościowych do depozytu²⁰.

Po trzecie, ustawa ustanawia zasadę bezpłatności realizacji prawa do depozytu, nakładając na podmioty lecznicze obowiązek ponoszenia kosztów związanych z funkcjonowaniem systemu depozytowego. Zasada ta ma fundamentalne znaczenie dla praktycznej realizacji omawianego prawa, gdyż eliminuje potencjalne bariery ekonomiczne, które mogłyby ograniczać dostęp pacjentów do tej formy ochrony ich mienia.

Rozporządzenie w sprawie prowadzenia depozytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej i pojęcie rzeczy wartościowych

Szczegółowe zasady funkcjonowania depozytów w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2009 r. w sprawie prowadzenia depozytu w stacjonarnym zakła-

mi szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin. Jak podkreśla się w doktrynie, definicja świadczenia szpitalnego zawarta w art. 2 ust. 1 pkt 11 u.d.l. ma charakter zakresowy, gdyż poprzez wyliczenie wskazuje rodzaje czynności składających się na jego treść. Zob. J. Ciechorski, *art. 2 [w:] Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, LEX 2024. Jednocześnie M. Dercz zwraca uwagę, że definicja unormowana w powyższym przepisie jest mało czytelna, trudno bowiem przez literalną analizę brzmienia tego przepisu wskazać, czego w zakresie diagnozowania, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji nie można wykonać w ramach „innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych”. M. Dercz, *art. 2 [w:] T. Rek, M. Dercz, Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2019, s. 55.

¹⁹ M. Dercz, H. Izdebski, T. Rek, *Dziecko – pacjent i świadczeniobiorca*, Warszawa 2015, s. 242.

²⁰ Zgodnie z wyrokiem WSA w Warszawie z dnia 31.01.2017 r., sygn. VII SA/Wa 763/16, LEX nr 2317125 przepis art. 39 u.p.p. określa prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie, a nie jego obowiązek. Pacjent nie musi z tego prawa skorzystać ani też nie może być w jakikolwiek sposób zmuszany do złożenia rzeczy wartościowych do depozytu.

dzie opieki zdrowotnej²¹, wydane na podstawie delegacji ustawowej z art. 40 u.p.p. Rozporządzenie to ma charakter proceduralny i reguluje trzy kluczowe obszary: zakres spisu przedmiotów oddawanych do depozytu, sposób ich zabezpieczenia oraz warunki prowadzenia i przechowywania księgi depozytów. Wprowadza ono kluczowe dokumenty, takie jak karta depozytowa i księga depozytów, co ma na celu ujednolicenie procedur we wszystkich podmiotach leczniczych i uwzględnia sytuacje szczególne, jak przyjęcie pacjenta nieprzytomnego. Mimo precyzyjnych regulacji proceduralnych, kluczowym problemem praktycznym, którego rozporządzenie nie rozwiązuje, jest brak definicji legalnej pojęcia rzeczy wartościowych, co zmusza do poszukiwania jego znaczenia w innych źródłach²².

W doktrynie wskazuje się, że za rzeczy wartościowe można uznać odzież wierzchnią, obuwie i biżuterię²³. Do tej kategorii zalicza się również przedmioty takie jak telefony komórkowe, laptopy i inny sprzęt elektroniczny, zegarki, gotówkę oraz karty płatnicze²⁴. W kontekście art. 39 u.p.p. do zakresu pojęcia rzeczy wartościowych powinno się włączyć ponadto: dokumenty osobiste i niektóre przedmioty (np. dowód osobisty, paszport, prawo jazdy); sprzęt medyczny osobisty (okulary korekcyjne, soczewki kontaktowe, aparaty słuchowe, obrączki, zegarek); przedmioty o wysokiej wartości użytkowej (np. klucze do mieszkania lub samochodu); przedmioty o znaczeniu religijnym lub kulturowym (np. krzyżyki, różańce, amulety oraz inne przedmioty kultu religijnego)²⁵. Pojawiły się

²¹ Dz.U. z 2021 r., poz. 200, dalej jako: r.p.d.

²² Jak podkreślono w doktrynie, w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a także w poprzedniej ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, nie zostało określone, od jakiej wartości rzecz staje się wartościowa ani też jakie skutki finansowe będzie mieć dla zakładu leczniczego utrata takiej rzeczy, jeżeli doszło do niej z powodu niewystarczającego zabezpieczenia przez kradzież. Zob. A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2010, s. 197.

²³ M. Wałachowska, *Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie* [w:] *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. M. Nesterowicz, Warszawa 2009, s. 238-239.

²⁴ P. Sobolewski, *Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy w depozycie* [w:] *System Prawa Medycznego. Tom I. Instytucje prawa medycznego*, red. M. Safian, L. Bosek, Warszawa 2018, s. 825-826.

²⁵ Warto zaznaczyć, że np. zgodnie z § 7 ust. 2 Regulaminu zabezpieczenia rzeczy należących do pacjenta, obowiązującego w magazynie rzeczy pacjenta oraz depozycie rzeczy wartościowych w Powiatowym Szpitalu Specjalistycznym w Stalowej Woli, do przedmiotów wartościowych zalicza się: dokumenty tożsamości, dokumenty potwierdzające prawo własności; środki pieniężne i płatnicze;

wątpliwości, czy podmiot leczniczy jest zobowiązany do przyjmowania do depozytu również laptopów oraz innego sprzętu elektronicznego, nawet niewielkich rozmiarów, posiadanego przez pacjenta w chwili hospitalizacji lub objęcia stacjonarnymi i całodobowymi świadczeniami zdrowotnymi²⁶. Wobec braku normatywnego wyłączenia należy stwierdzić, że obowiązek przyjęcia na przechowanie dotyczy i takich wskazanych wyżej przedmiotów. Z perspektywy praktyki medycznej do depozytu należy przyjmować rzeczy wartościowe, które pacjent posiada przy sobie w momencie przyjęcia do podmiotu leczniczego, co stanowi standardową procedurę w przypadku planowanych hospitalizacji. Szczególnego znaczenia uprawnienie to nabiera w sytuacjach nagłych, gdy pacjent zostaje przyjęty na leczenie bezpośrednio z miejsca wypadku lub w stanie zagrożenia życia. W takich okolicznościach obowiązek zapewnienia bezpiecznego przechowania obejmuje całość mienia pacjenta znajdującego się przy nim w chwili przyjęcia, w tym biżuterię, dokumenty tożsamości, gotówkę oraz inne przedmioty osobiste. Ustawa o prawach pacjenta ani rozporządzenie wykonawcze nie zawierają definicji rzeczy wartościowych, ani nie ustanawiają dolnej granicy wartości, od której przedmioty mogłyby zostać uznane za wartościowe. Środki pieniężne niewątpliwie stanowią rzecz wartościową²⁷. Jednostronne ustalenie przez podmiot leczniczy minimal-

papiery wartościowe i numizmaty; karty płatnicze i karty kredytowe; kruszce szlachetne oraz drogie kamienie i wyroby z nich wykonane; książeczki oszczędnościowe, książeczki czekowe, polisy ubezpieczeniowe; telefony komórkowe, laptopy, zegarki, klucze, sprzęt elektroniczny, protezy zębowe, szkła korekcyjne oraz soczewki kontaktowe. Zob. zarządzenie nr 10/2023 Dyrektora Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli z dnia 7 marca 2023 r. w sprawie określenia zasad przechowywania rzeczy hospitalizowanych pacjentów, <https://www.szpital-stw.com/wp-content/uploads/2023/03/Zarządzenie-nr-10-2023.pdf>, [dostęp: 16.01.2026 r.]. Natomiast zgodnie z zasadami pozostawiania i odbioru rzeczy wartościowych pacjenta z depozytu szpitala wolskiego w Warszawie do przedmiotów wartościowych zalicza się: środki pieniężne i płatnicze, kruszce szlachetne i wyroby z tych kruszców oraz drogie kamienie (biżuterię), papiery wartościowe i inne przedmioty uznane za wartościowe przez szpital. Zob. <https://www.wolski.med.pl/zasady-pozostawiania-i-odbioru-rzeczy-wartosciowych-pacjenta-z-depozytu-szpitala-wolskiego/>, [dostęp: 16.01.2026 r.].

²⁶ M. Walachowska, *Prawo pacjenta...*, s. 238-239.

²⁷ W doktrynie podnosi się, że nie jest jasne, czy zakład leczniczy może przyjąć na przechowanie pieniądze lub papiery wartościowe. Wskazuje się na możliwość kwalifikacji takiej umowy jako depozytu nieprawidłowego w rozumieniu art. 845 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 1071 ze zm., dalej jako: k.c.). Należy jednak podkreślić, że samo oddanie na przechowanie pieniędzy lub rzeczy oznaczonych co do gatunku nie przesądza o powstaniu depozytu

nej wartości pieniądza w danej walucie, poniżej której środki nie mogą być przyjęte do depozytu, stanowi działanie przekraczające kompetencje podmiotu i naruszające prawa pacjenta. Ze względu na zróżnicowaną sytuację materialną pacjentów zasadne jest przyjęcie subiektywnego kryterium oceny wartości przedmiotów. Oznacza to, że o wartości danej rzeczy powinna decydować przede wszystkim ocena samego pacjenta, a nie obiektywne kryteria ekonomiczne ustalone przez podmiot leczniczy. W konsekwencji za niedopuszczalne należy uznać wprowadzanie przez podmioty lecznicze zamkniętych katalogów przedmiotów przyjmowanych do depozytu, które w jednostronnej ocenie placówki kwalifikują się jako rzeczy wartościowe²⁸.

Warto podkreślić, że przepisy ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz postanowienia przywołanego wyżej rozporządzenia nie normują kwestii dotyczących bezpłatnego pozostawiania przez pacjentów samochodów na parkingu podmiotu leczniczego. W doktrynie słusznie przyjmuje się, że wykładnia funkcjonalna oraz celowościowa art. 39 u.p.p. przemawia za zawężeniem katalogu rzeczy przyjmowanych do depozytu wyłącznie do przedmiotów, które pacjent posiada przy sobie w momencie przyjęcia do leczenia²⁹. Podmiot leczniczy nie ponosi zatem obowiązku bezpłatnego przechowywania pojazdów pacjentów, może jednak zawrzeć z pacjentem umowę odpłatnego przechowania na zasadach ogólnych prawa cywilnego, zobowiązując się do sprawowania nadzoru i pieczy nad pojazdem³⁰. W takim przypadku obowiązkiem pieczy objęte jest również wyposażenie samochodu oraz rzeczy stanowiące jego typową zawartość, natomiast o zawartości nietypowej pacjent powinien po-

nieprawidłowego – konieczne jest ponadto, aby z umowy, przepisu szczególnego lub okoliczności wynikało uprawnienie przechowawcy do rozporządzania oddanymi mu przedmiotami (art. 845 k.c.). Rolę takiego przepisu szczególnego mógłby pełnić § 3 ust. 4 r.p.d., który, choć niejasno, zdaje się przewidywać przechowanie środków pieniężnych pacjenta w sposób umożliwiający rozporządzanie nimi przez placówkę. Zob. M. Wałachowska, *Prawo pacjenta...*, s. 238-239.

²⁸ K. Salbut, *art. 39 i 40 [w:] Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. L. Bosek, Warszawa 2025, s. 475.

²⁹ P. Sobolewski, *Prawo pacjenta...*, s. 826.

³⁰ M. Wałachowska, *Prawo pacjenta...*, s. 239.

informować przechowawcę³¹. W przypadku braku umowy przechowania pozostawienie pojazdu stanowi jedynie korzystanie z miejsca postojowego bez obowiązku pieczy ze strony podmiotu leczniczego.

Zasady realizacji prawa pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie

Karta depozytowa i księga depozytów

Zgodnie z § 2 ust. 1 r.p.d. dokumentem potwierdzającym przyjęcie rzeczy do depozytu jest karta depozytowa. Realizuje ona podwójną funkcję prawną – po pierwsze, stanowi instrument dowodowy, a po drugie, wyznacza ramy odpowiedzialności podmiotu leczniczego. Oryginal karty otrzymuje pacjent, a kopia, zgodnie z § 2 ust. 2 i 3 r.p.d., trafia do księgi depozytów. Jak stanowi § 3 ust. 1 r.p.d., księga ta składa się z kopii kart.

Szczegółowe elementy karty określa § 3 ust. 2 i 3 r.p.d. Musi ona zawierać m.in.: kolejny numer, dane zakładu, dane osobowe pacjenta, spis rzeczy wartościowych wraz z ich opisem (nazwa, rodzaj, szacunkowa wartość, barwa, marka, stan zużycia) oraz datę i własnoręczne podpisy osoby przyjmującej i pacjenta³². Właściwe oszacowanie wartości odgrywa kluczową rolę w przypadku ewentualnego dochodzenia roszczeń odszkodowawczych.

Księga depozytów służy celom ewidencyjnym i jest prowadzona przez wyznaczoną osobę. Rozporządzenie w § 5 ust. 2 przewiduje również pro-

³¹ Wyrok SA w Gdańsku z dnia 08.10.1993 r., sygn. I ACr 685/93, „Monitor Prawniczy” 1994, nr 4, poz. 111. Zgodnie z wyrokiem SN z dnia 06.06.1991 r., sygn. II CR 740/90, OSNC 1993, nr 3, poz. 38 odpowiedzialność przechowawców, prowadzących strzeżone parkingi samochodowe, za utratę lub uszkodzenie znajdujących się w pojazdach przedmiotów innych niż ich wyposażenie, istnieje w ramach art. 835 i nast. k.c. wtedy tylko, gdy przechowawca przyjął pojazd, wiedząc o umieszczeniu w nim rzeczy niesłużących do jego zwykłego używania.

³² Wymóg dokładnego opisu rzeczy przyjmowanych do depozytu ma podstawowe znaczenie dla prawidłowego funkcjonowania systemu depozytowego, ponieważ umożliwia jednoznaczną identyfikację przedmiotów oraz eliminuje potencjalne spory dotyczące ich tożsamości przy wydawaniu z depozytu. Przepis ten zyskuje szczególną wagę w przypadku przedmiotów o podobnych cechach zewnętrznych, takich jak telefony komórkowe czy urządzenia elektroniczne, gdzie nieprecyzyjny opis może prowadzić do błędnego wydania rzeczy oraz powstania odpowiedzialności po stronie podmiotu prowadzącego depozyt.

cedurę przyjmowania depozytów poza godzinami pracy – inna upoważniona osoba przyjmuje rzeczy do zamykanej szafy lub szuflady, wydaje pokwitowanie, a następnie przekazuje depozyt wraz z kopią pokwitowania osobie odpowiedzialnej za prowadzenie księgi w celu jego niezwłocznego zarejestrowania³³.

Sposób przechowywania i postępowanie w sytuacjach szczególnych

Analizowane rozporządzenie w § 4 ust. 1 ustanawia szczegółowe wymogi dotyczące przechowywania rzeczy oddanych do depozytu. Przedmioty te powinny być umieszczone w opakowaniu zabezpieczonym trwałym zamknięciem oraz oznaczonym nadrukiem, naklejką lub pieczęcią zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, zawierającą jego dane oraz numer z księgi depozytów. Zgodnie z § 4 ust. 2 r.p.d. opakowanie to umieszcza się następnie w sejfie lub szafie pancernej. Naruszenie tych obowiązków może stanowić podstawę odpowiedzialności podmiotu leczniczego za powstałą szkodę.

W przypadku pacjenta nieprzytomnego lub niezdolnego do zrozumienia informacji, jego rzeczy, na mocy § 6 ust. 1 r.p.d., podlegają niezwłocznemu, automatycznemu przekazaniu do depozytu. Procedura ta ma charakter ochronny i ma na celu zabezpieczenie mienia pacjenta. Oryginal karty depozytowej przechowuje się wówczas razem z rzeczami. Po odzyskaniu przytomności pacjent jest informowany o depozycie i składa podpis na karcie. Jeżeli stan uniemożliwiający kontakt z pacjentem trwa dłużej niż 24 godziny, kierownik zakładu leczniczego podmiotu leczniczego informuje o depozycie jego rodzinę (małżonka, wstępnych, zstępnych lub rodzeństwo), co zapewnia transparentność działań placówki³⁴.

³³ Powyższe osoby ponoszą odpowiedzialność za prawidłowe prowadzenie dokumentacji oraz za zgodność wpisów w księdze z faktycznym stanem depozytu.

³⁴ D. Karkowska, *art 39 i 40 [w:] Prawa pacjenta i Ręcznik Praw Pacjenta. Komentarz*, red. D. Karkowska, Warszawa 2021, s. 815-816.

Charakter prawny depozytu i stosowanie przepisów o umowie przechowania

W zakresie nieuregulowanym przepisami ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w odniesieniu do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie podczas pobytu w podmiocie leczniczym udzielającym stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych należy stosować odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące umowy przechowania, uregulowanej w art. 835–845 k.c.³⁵ Warto w tym miejscu przywołać uchwałę SN z dnia 27 sierpnia 1979 r., zgodnie z którą do odpowiedzialności za utratę rzeczy oddanych przez pacjenta na przechowanie w przeznaczonym do tego magazynie szpitala stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego o przechowaniu³⁶. Przez umowę przechowania przechowawca (podmiot leczniczy) zobowiązuje się zachować w stanie niepogorszonym rzecz ruchomą oddaną mu na przechowanie³⁷. Pojęcie stanu niepogorszonego odnosi się do stanu tożsamego z tym istniejącym w chwili wydania rzeczy, a piecza nad nią obejmuje obowiązek zapobiegania jej uszkodzeniu, zniszczeniu, ubytkowi oraz ochrony przed utratą³⁸. Istotą umowy jest więc obowiązek sprawowania pieczy, a umowa, w której przechowawca nie byłby do niej zobowiązany, jest, zgodnie z art. 58 § 1 k.c., nieważna³⁹. Jak wywiódł Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z 23 czerwca 2014 r., umowa przechowania nie wymaga szczególnej formy i może dojść do skutku w sposób dorozumiany przez konkludentne zachowanie stron⁴⁰. Jest umową realną i dwustronnie zobowiązującą,

³⁵ M. Wałachowska, *Prawo pacjenta...*, s. 244.

³⁶ Uchwała SN z dnia 27.08.1979 r., sygn. III CZP 46/79, OSNC 1980, nr 1-2, poz. 5.

³⁷ Zgodnie z wyrokiem NSA z dnia 07.02.2018 r., sygn. II FSK 165/16, LEX nr 2465021 w myśl art. 835 k.c. przez umowę przechowania przechowawca zobowiązuje się zachować w stanie niepogorszonym rzecz ruchomą oddaną mu na przechowanie. Przechowawcy nie wolno używać rzeczy bez zgody składającego, chyba że jest to konieczne do jej zachowania w stanie niepogorszonym (art. 839 k.c.).

³⁸ K. Kopaczyńska-Pieczniak, *art. 835 [w:] Kodeks cywilny. Komentarz. Tom III. Zobowiązania. Część szczególna*, red. A. Kidyba, Warszawa 2014, s. 1128.

³⁹ K. Zagrobelny, *art. 835 [w:] Kodeks cywilny, Komentarz*, red. E. Gniewek, P. Machnikowski, Warszawa 2025; wyrok SA w Łodzi z dnia 21.04.2017 r., sygn. I ACa 1361/16, LEX nr 2295253.

⁴⁰ Wyrok SA w Warszawie z dnia 23.06.2014 r., sygn. VI ACa 1189/13, LEX nr 1621261.

a do jej zawarcia konieczne jest złożenie oświadczeń woli i wydanie rzeczy przechowawcy⁴¹.

Rzecz wartościowa pacjenta musi się znaleźć we władaniu zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, który staje się jej dzierżycielem (art. 338 k.c.), a więc nie może nią władać we własnym interesie, jak np. najemca, zaś pacjent jest jej posiadaczem (samoistnym lub zależnym)⁴². Przechowawca powinien przechowywać rzecz w taki sposób, do jakiego się zobowiązał, a w braku umowy w tym względzie w taki sposób, jaki wynika z właściwości przechowywanej rzeczy i z okoliczności – art. 837 k.c. Warto pamiętać, że zgodnie z art. 839 k.c. przechowawcy nie wolno używać rzeczy bez zgody składającego, chyba że jest to konieczne do jej zachowania w stanie niepogorszonym. Umowa przechowania może być zawarta zarówno pod tytułem darmowym, jak i odpłatnym⁴³. Jak słusznie podnosi się w doktrynie, należy uznać, że przechowanie rzeczy pacjenta w depozycie ma charakter nieodpłatny, przy czym koszty związane z wykonaniem tego obowiązku obciążają podmiot leczniczy⁴⁴. Choć art. 842 k.c. stanowi, że składający powinien zwrócić przechowawcy wydatki poniesione w celu należytego przechowania rzeczy, przyjmuje się nie tylko, że przechowanie w depozycie podmiotu leczniczego ma charakter nieodpłatny, ale że koszty z tym związane obciążają podmiot leczniczy.

Przedmiotem przechowania mogą być wyłącznie rzeczy ruchome. Zgodnie z art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 21 sierpnia 1997 r. o ochronie zwierząt zwierzęta mogą być przedmiotem umowy przechowania⁴⁵. Jednakże

⁴¹ J. Napierała, *Przechowanie* [w:] *System Prawa Prywatnego. Tom 7. Prawo zobowiązań – część szczegółowa*, red. J. Ralski, Warszawa 2011, s. 768. Stanowisko takie wyrażone zostało także w judykatach sądowych, por. wyrok SN z dnia 12.02.2014 r., sygn. IV CSK 349/13, LEX nr 1436179; wyrok SA w Szczecinie z dnia 28.01.2016 r., sygn. I ACa 1062/15, LEX nr 2044444.

⁴² M. Walachowska, *Prawo pacjenta...*, s. 237. Jak właściwie wywiódł SN w wyroku z dnia 14.12.2017 r., sygn. V CSK 154/17, LEX nr 2510955, dzierżyciel, zgodnie z art. 338 k.c., to osoba, która włada rzeczą faktycznie za kogoś innego w tym znaczeniu, że jej władztwo służy realizacji cudzych interesów i myśl o zachowaniu rzeczy dla innej osoby wyznacza element woli, który towarzyszy władaniu.

⁴³ Z. Radwański, *Teoria umów*, Warszawa 1977, s. 253.

⁴⁴ P. Sobolewski, *Prawo pacjenta...*, s. 824. Zob. także wyrok SN z dnia 07.02.2007 r., sygn. III CSK 296/06, LEX nr 274193, zgodnie z którym nieodpłatność za przechowanie rzeczy może wynikać z indywidualnego ustalenia w treści umowy lub też być ustalona w sposób dorozumiany (art. 836 k.c.).

⁴⁵ T.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 1580 ze zm.

w przypadku depozytu prowadzonego przez podmiot leczniczy przechowywanie zwierząt jest wyłączone z uwagi na wymóg zabezpieczenia oddanych rzeczy w sejfie lub szafie pancерnej oraz względy sanitarne. Zwierzęta jako istoty żywe wymagają zapewnienia odpowiednich warunków bytowych, w tym dostępu do pożywienia, wody i ruchu, czego nie sposób zagwarantować w warunkach depozytu podmiotu leczniczego.

Do elementów przedmiotowo istotnych (*essentialia negotii*) umowy przechowania zawieranej między zakładem leczniczym podmiotu leczniczego a pacjentem należy zaliczyć zobowiązanie zakładu do sprawowania pieczy nad rzeczą, oznaczenie rzeczy stanowiącej przedmiot przechowania oraz zobowiązanie zakładu do wydania tej rzeczy pacjentowi w stanie nie pogorszonym. Brak któregokolwiek z tych elementów wyłącza możliwość zakwalifikowania danej umowy jako umowy przechowania.

Istotnym zagadnieniem są tzw. rzeczy ukryte (np. pieniądze w podszewce płaszcza). Odpowiedzialność podmiotu leczniczego nie obejmuje takich przedmiotów, gdyż przyjmując rzecz do depozytu, nie ma on świadomości ani woli objęcia pieczą ukrytych w niej przedmiotów⁴⁶. Brak konsensusu co do tych rzeczy wyklucza uznanie ich za przedmiot umowy. Odpowiedzialność powstanie jedynie wówczas, gdy pacjent poinformował o nich personel, a ten świadomie zgodził się objąć je pieczą⁴⁷. Należy również podkreślić, że pacjent nie musi być właścicielem rzeczy, wystarczy, że jest jej posiadaczem⁴⁸. Rzecz oddana na przechowanie może być oznaczona co do tożsamości lub co do gatunku – w tym drugim wypadku musi dojść do jej zindywidualizowania⁴⁹. Zastrzeżenie przechowawcy wyłączające jego odpowiedzialność za utratę powierzonej mu rzeczy jest prawnie nieskuteczne⁵⁰.

⁴⁶ K. Salbut, *art. 39 i 40...*, s. 475.

⁴⁷ Zob. cytowany już wyrok SN z dnia 06.06.1991 r., sygn. II CR 740/90, OSNC 1993, nr 3, poz. 38.

⁴⁸ M. Walachowska, *Prawo pacjenta...*, s. 238.

⁴⁹ B. Bajor, *art. 835 [w:] Kodeks cywilny. Komentarz aktualizowany*, red. P. Nazaruk, LEX 2024.

⁵⁰ Wyrok SA w Warszawie z dnia 02.07.1997 r., sygn. I ACa 42/97, Legalis nr 41742.

Zwrot rzeczy oddanych do depozytu

Przedmioty przechowywane w depozycie podlegają zwrotowi pacjentowi z chwilą zakończenia jego pobytu w zakładzie. W odniesieniu do rzeczy oznaczonych co do tożsamości zwrot następuje przez wydanie tych samych przedmiotów, które zostały pierwotnie złożone. Obowiązek podmiotu leczniczego polega na zachowaniu ich integralności i wydaniu w stanie nie pogorszonym, z uwzględnieniem naturalnego zużycia.

Odrębną instytucją jest depozyt nieprawidłowy, uregulowany w art. 845 k.c. Powstaje on wyłącznie wówczas, gdy z przepisów szczególnych, z umowy lub z okoliczności wynika, że przechowawca może rozporządzać oddanymi na przechowanie pieniędzmi lub rzeczami oznaczonymi co do gatunku – samo oznaczenie rzeczy co do gatunku nie jest zatem wystarczające dla przyjęcia tej kwalifikacji. Stosuje się wówczas przepisy o pożyczce, a przechowawca zobowiązany jest zwrócić taką samą ilość rzeczy tego samego rodzaju i jakości, a nie te same egzemplarze. W warunkach depozytu prowadzonego przez podmiot leczniczy instytucja ta znajdzie zastosowanie jedynie wyjątkowo, gdy z treści umowy lub szczególnych okoliczności wyraźnie wynika uprawnienie placówki do rozporządzania zdeponowanymi środkami pieniężnymi⁵¹.

⁵¹ Jak się podkreśla w doktrynie, przepis art. 845 k.c. przewiduje mutację umowy przechowania w postaci depozytu nieprawidłowego (*depositum irregulare*), który polega na tym, że przedmiotem są – w odróżnieniu od przechowania prawidłowego – nie rzeczy oznaczone *in specie*, lecz pieniądze (także waluta obca) albo inne rzeczy oznaczone tylko co do gatunku, którymi przechowawca, jako ich właściciel od chwili zawarcia umowy, może rozporządzać i których może używać według własnego uznania. Różnica między przechowaniem a depozytem nieprawidłowym polega na tym, że o ile przechowanie jest umową zawieraną przede wszystkim w interesie składającego (przechowawca może uzyskać korzyść tylko w postaci wynagrodzenia), o tyle w przypadku depozytu nieprawidłowego interes ten jest rozłożony równomiernie na obie strony; składający zostaje zwolniony z konieczności pieczy nad oddawanymi rzeczami (pieniędzmi), a więc tym samym nie ponosi ryzyka ich utraty lub uszkodzenia, natomiast przechowawca uzyskuje możliwość rozporządzania tymi rzeczami (pieniędzmi) w obranym przez siebie celu. Zob. J. Gudowski, *art. 845 [w:] Kodeks cywilny. Komentarz. Tom V. Zobowiązania. Część szczegółowa*, red. J. Gudowski, Warszawa 2017, s. 1576. Zgodnie z wyrokiem SA w Łodzi z dnia 05.01.2021 r., sygn. I ACa 1022/19, LEX nr 3167708 umieszczenie przepisów o depozycie nieprawidłowym w tytule poświęconym umowie przechowania i wskazanie w treści art. 845 k.c. na oddanie na przechowanie oraz określenie strony umowy mianem przechowawcy wskazuje na zamiar ustawodawcy potraktowania depozytu nieprawidłowego jako pewnej szczególnej odmiany umowy przechowania. Jednakże w porównaniu z klasycznym przechowaniem cel gospodarczy tej umowy jest

Zwrot rzeczy powinien nastąpić bezpośrednio do rąk pacjenta lub osoby przez niego upoważnionej. W sytuacji, gdy pacjent nie jest w stanie osobiście odebrać przedmiotów (np. z powodu stanu zdrowia), rzeczy można wydać osobie uprawnionej na podstawie przepisów odrębnych, w szczególności pełnomocnikowi, przedstawicielowi ustawowemu, opiekunowi prawnemu, kuratorowi, a w przypadku rzeczy stanowiących przedmiot współwłasności – również współwłaścicielowi (art. 209 k.c.)⁵².

Należy pamiętać, że to na przechowawcy spoczywa ciężar dowodu, że wydał rzecz osobie uprawnionej do jej odbioru. Pacjent może w każdym czasie żądać zwrotu rzeczy wartościowej oddanej do depozytu za okazaniem oryginału karty depozytowej. Podmiot leczniczy nie jest zobowiązany do weryfikacji, czy pacjent jest właścicielem przedmiotów, a jedynym wymogiem formalnym pozostaje przedłożenie karty i sprawdzenie tożsamości odbiorcy. Zastosowanie znajduje również art. 844 § 2 k.c. zd. 1, który przyznaje przechowawcy (podmiotowi leczniczemu) prawo żądania odbioru mienia przed planowanym terminem. Uprawnienie to może być realizowane w sytuacji, gdy na skutek nieprzewidzianych okoliczności dalsze przechowywanie rzeczy jest niemożliwe bez uszczerbku dla przechowawcy lub zagrożenia dla samych przedmiotów. Stanowi to mechanizm ochronny dla przechowawcy w sytuacjach nadzwyczajnych⁵³. Zgodnie z art. 844 § 3 k.c. zwrot rzeczy powinien nastąpić w miejscu, gdzie miała być przechowywana⁵⁴. Prawo pacjenta do depozytu nie ma charakteru jednorazowego. Pacjent może składać i odbierać przedmioty z depozytu bez ograniczeń ilościowych podczas jednego pobytu, jak

odmienny. Przechowanie bowiem wykonywane jest w interesie składającego, ma na celu zaspokojenie jego interesu. Natomiast w przechowywaniu nieprawidłowym równomiernie zostaje zaspokojony interes obu stron. Składający, oddając rzeczy czy pieniądze na przechowanie, nie ponosi ryzyka ich utraty czy uszkodzenia, nawet przypadkowej, natomiast przechowawca uzyskuje prawo rozporządzania tymi rzeczami bądź pieniędzmi według swojego uznania.

⁵² K. Salbut, *art. 39 i 40...*, s. 480. Zgodnie z wyrokiem SN z dnia 16.09.1997 r., sygn. I PKN 261/97, OSNP 1998, nr 18, poz. 535 zwrot rzeczy nie musi nastąpić wyłącznie do rąk osoby składającej, może bowiem nastąpić także do rąk osoby trzeciej, jeżeli składający wskazał tę osobę jako uprawnioną do żądania zwrotu rzeczy oddanej przez niego na przechowanie.

⁵³ K. Salbut, *art. 39 i 40...*, s. 481.

⁵⁴ Wyrok WSA we Wrocławiu z dnia 29.11.2017 r., sygn. I SA/Wr 916/17, LEX nr 2415126.

również korzystać z tego prawa podczas kolejnych hospitalizacji w tym samym podmiocie leczniczym.

Postępowanie z rzeczami oddanymi do depozytu w przypadku śmierci pacjenta

Ustawodawca nie unormował w przepisach ustawy o prawach pacjenta ani w rozporządzeniu w sprawie prowadzenia depozytu, procedury postępowania z rzeczami wartościowymi pacjenta złożonymi w depozycie podmiotu leczniczego w przypadku jego śmierci. W przypadku gdy rzeczy złożone w depozycie stanowiły własność zmarłego pacjenta, wchodzi one w skład masy spadkowej i podlegają dziedziczeniu zgodnie z przepisami Kodeksu cywilnego. Podmiot leczniczy zobowiązany jest do wydania mienia przechowywanego w depozycie spadkobiercy uprawnionemu do spadku na podstawie rozrządzeń testamentowych lub w trybie dziedziczenia ustawowego, po przedstawieniu przez niego prawomocnego postanowienia o stwierdzeniu nabycia spadku (art. 1025 k.c.) albo zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia sporządzonego przez notariusza (art. 95a i n. ustawy z dnia 14 lutego 1991 r. Prawo o notariacie)⁵⁵.

Odpowiedzialność za rzeczy pacjenta oddane do depozytu i przedawanie roszczeń

Oddanie rzeczy do depozytu w podmiocie leczniczym prowadzi do zawarcia umowy przechowania, do której stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego. Odpowiedzialność podmiotu leczniczego opiera się na zasadach odpowiedzialności kontraktowej, w szczególności na art. 471 k.c., z uwzględnieniem przepisów szczególnych regulujących umowę przechowania, tj. art. 835-845 k.c., które jako *lex specialis* modyfikują ogólną konstrukcję odpowiedzialności⁵⁶.

Podstawą odpowiedzialności jest domniemanie winy wynikające z art. 471 k.c. – podmiot leczniczy odpowiada za utratę lub uszkodzenie rze-

⁵⁵ T.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1001 ze zm.

⁵⁶ K. Salbut, *art. 39 i 40...*, s. 477.

czy oddanej na przechowanie, chyba że wykaże dochowanie należytej staranności. Istotne znaczenie ma art. 841 k.c., który rozszerza odpowiedzialność przechowawcy na przypadkową utratę lub uszkodzenie rzeczy, tzw. *casus mixtus*⁵⁷. Jeżeli przechowawca bez zgody składającego i bez koniecznej potrzeby używa rzeczy, naruszając tym samym art. 839 k.c., zmienia miejsce lub sposób jej przechowywania, co jest sprzeczne z art. 838 k.c., albo oddaje ją na przechowanie innej osobie, naruszając zakaz z art. 840 k.c., ponosi odpowiedzialność za przypadkową utratę lub uszkodzenie, które by w przeciwnym razie nie nastąpiło⁵⁸. Wykazanie przez podmiot leczniczy dochowania należytej staranności nie zwalnia go od odpowiedzialności w tych sytuacjach⁵⁹. Zwolnienie od odpowiedzialności może nastąpić jedynie wówczas, gdy podmiot leczniczy wykaże, że przypadkowa utrata lub uszkodzenie rzeczy nastąpiłyby również przy prawidłowym wykonywaniu obowiązków przechowawcy, np. uszkodzenie rzeczy zostało spowodowane działaniem osoby trzeciej, do którego doszłoby niezależnie od miejsca i sposobu przechowania⁶⁰. Na podstawie art. 474 k.c. podmiot leczniczy ponosi odpowiedzialność za działania i zaniechania osób, przy pomocy których wykonuje zobowiązanie, jak za własne. Przepis ten nie kreuje odpowiedzialności na zasadzie ryzyka *sensu stricto*, lecz rozszerza krąg podmiotowy odpowiedzialności kontraktowej dłużnika – podmiot leczniczy odpowiada zatem za winę personelu medycznego i administracyjnego sprawującego pieczę nad depozytem tak, jak za własną winę. Szczególne zasady dotyczą powierzenia rzeczy osobie trzeciej, tj. zastępcy. Zgodnie z art. 840 § 1 k.c. jest to dopuszczalne tylko w razie istnienia ku temu przymusowych okoliczności.

⁵⁷ W wyroku SO w Szczecinie z dnia 16.11.2016 r., sygn. VIII GC 439/15, LEX nr 2244814 Sąd podkreślił, że zakres zastosowania art. 841 k.c. ogranicza się do sytuacji, gdy skutek zmiany miejsca lub sposobu przechowania rzeczy następuje jej przypadkowa utrata albo uszkodzenie.

⁵⁸ F. Czuchwicki, *art. 841 [w:] Kodeks cywilny. Komentarz*, red. M. Balwicka-Szczyrba, A. Sylwestrzak, Warszawa 2024, s. 1402.

⁵⁹ K. Salbut, *art. 39 i 40...*, s. 478.

⁶⁰ M. Wałachowska, *Prawo pacjenta...*, s. 248; W. Wyrzykowski, *art. 841 [w:] Kodeks cywilny. Komentarz. Tom V. Zobowiązania. Część szczególna (art. 765–921¹⁶)*, red. M. Frasz, M. Habdas, Warszawa 2018, s. 418.

Jeżeli podmiot leczniczy nie zawiadomi pacjenta o oddaniu rzeczy zastępcy, odpowiada za działania zastępcy jak za własne na podstawie art. 840 § 2 k.c. Przepis ten ustanawia solidarną odpowiedzialność przechowawcy i zastępcy wobec składającego, co oznacza, że pacjent może dochodzić odszkodowania od każdego z nich według własnego wyboru (art. 366 k.c.)⁶¹ Jeżeli natomiast zawiadomi pacjenta, jego odpowiedzialność ogranicza się do winy w wyborze, tj. *culpa in eligendo*⁶². Odpowiedzialność podmiotu leczniczego obejmuje okres od przyjęcia rzeczy do depozytu aż do ich zwrotu uprawnionej osobie. Kradzież rzeczy z depozytu nie zwalnia placówki od odpowiedzialności kontraktowej, bowiem sam fakt jej zaistnienia może świadczyć o braku należytej staranności w sprawowaniu pieczy nad powierzoną rzeczą. Odszkodowanie za utratę, zniszczenie lub uszkodzenie rzeczy ustala się na zasadach ogólnych, które określają art. 361-363 k.c.⁶³ Należy podkreślić, że art. 4 ust. 3 pkt 1 u.p.p. wyłącza stosowanie art. 448 k.c. w odniesieniu do zawinionego naruszenia prawa do depozytu. Oznacza to prawne wykluczenie możliwości dochodzenia zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę w tym szczególnym zakresie stosunków między pacjentem a podmiotem leczniczym⁶⁴. Roszczenia wynikające z umowy przechowania przedawniają się na zasadach ogólnych, określonych w art. 117 i n. k.c.⁶⁵. Przy obliczaniu terminów przedawnienia należy stosować ogólne regulacje z art. 112 i n. k.c.

⁶¹ Zob. cytowany wyżej wyrok SN z dnia 12.02.2014 r., sygn. IV CSK 349/13, LEX nr 1436179.

⁶² Podmiot leczniczy oddający rzeczy pacjenta pozostawione w depozycie zastępcy, gdy jest do tego zmuszony okolicznościami, zobowiązany jest niezwłocznie zawiadomić o tym pacjenta, wskazując miejsce i osobę, u której rzeczy zostały złożone. Tryb oraz forma zawiadomienia są prawnie obojętne, przy czym pożądane jest wykorzystanie szybkich i skutecznych metod komunikacji. Celem zawiadomienia jest umożliwienie pacjentowi wniesienia sprzeciwu co do osoby zastępcy lub nawiązania z nim kontaktu. Dokonując wyboru zastępcy, podmiot leczniczy powinien kierować się interesem pacjenta, a więc powierzyć rzeczy osobie gwarantującej ich zachowanie w stanie niepogorszonym. Wskazane jest powierzanie funkcji zastępcy podmiotom trudniącym się przechowywaniem rzeczy zawodowo. Zob. J. Gudowski, *art. 840 [w:] Kodeks cywilny...*, s. 1569 i nast.

⁶³ Wyrok SA w Gdańsku z dnia 12.10.2012 r., sygn. V ACa 476/12, LEX nr 1282556.

⁶⁴ Jak podkreśla się w doktrynie, zadośćuczynienie pieniężne stanowi formę kompensacji majątkowej przysługującej w przypadku naruszenia interesów niemajątkowych, czyli wyrządzonej krzywdy moralnej. W systemie Kodeksu cywilnego ustawodawca konsekwentnie uzależnia możliwość dochodzenia tego rodzaju zadośćuczynienia od naruszenia ściśle określonych interesów niemajątkowych, w szczególności dóbr osobistych chronionych prawem. Zob. M. Ciemiński, *Odszkodowanie za szkodę niemajątkową w ramach odpowiedzialności ex contractu*, Warszawa 2015, s. 349.

⁶⁵ W. Wyrzykowski, *art. 835 [w:] Kodeks cywilny...*, s. 404.

Sytuacja prawna pacjentów małoletnich oraz ubezwłasnowolnionych

Prawo do pozostawiania rzeczy wartościowych w depozycie przysługuje wszystkim pacjentom, bez względu na ich wiek i ewentualne ubezwłasnowolnienie, przy czym nie oznacza to, że każdy pacjent może samodzielnie wykonywać to prawo. W przeciwieństwie do innych praw pacjenta prawo do przechowywania rzeczy w depozycie ma charakter majątkowy, gdyż jego celem jest ochrona interesu ekonomicznego pacjenta, a nie jego zdrowia i życia. Z uwagi na majątkowy charakter omawianego uprawnienia stosowanie do wykonywania prawa do depozytu przepisów o zakresie zdolności do wyrażania zgody na zabiegi medyczne nie wydaje się zasadne. Należy uznać za nieuzasadnione stosowanie w tym przypadku przepisów określających zdolność do wyrażenia zgody na ingerencję medyczną, które stanowią szczególne regulacje prawa medycznego, mające na celu zapewnienie pacjentom małoletnim i ubezwłasnowolnionym podmiotowości w procesie leczenia. Złożenie rzeczy do depozytu, jak również żądanie ich zwrotu, stanowią czynności prawne z zakresu zarządu majątkiem pacjenta. Do ich dokonania stosuje się ogólne przepisy Kodeksu cywilnego o zdolności do czynności prawnych⁶⁶.

Likwidacja niepodjętego depozytu

Istotnym zagadnieniem z praktycznego punktu widzenia, które nie zostało uregulowane ani w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ani w rozporządzeniu wykonawczym, jest procedura postępowania z rzeczami wartościowymi, które nie zostały odebrane przez pacjenta po zakończeniu hospitalizacji.

Jak podkreśla się w literaturze przedmiotu, w przypadku podmiotów leczniczych należących do sektora finansów publicznych, zastosowanie znajduje ustawa z dnia 18 października 2006 r. o likwidacji niepodjętych

⁶⁶ P. Sobolewski, *Prawo pacjenta...*, s. 826-827.

depozytów⁶⁷. Ustawa ta, zgodnie z art. 1, reguluje zasady i tryb likwidacji niepodjętych depozytów znajdujących się w dyspozycji jednostek sektora finansów publicznych⁶⁸.

Stanowi ona *lex specialis* w stosunku do ogólnych regulacji Kodeksu cywilnego dotyczących umowy przechowania. Zgodnie z art. 6 ust. 1 w zw. z art. 4 ust. 2 tej ustawy podmiot leczniczy jest zobowiązany wezwać uprawnionego do odbioru depozytu w terminie 3 lat od dnia doręczenia wezwania, pouczając go o skutkach niepodjęcia⁶⁹. W przypadku braku możliwości doręczenia wezwania art. 6 ust. 5 ustawy o likwidacji niepodjętych depozytów nakazuje wywieszenie go na tablicy informacyjnej na okres 6 miesięcy⁷⁰. Likwidację niepodjętego depozytu stwierdza sąd na wniosek przechowującego, co reguluje art. 9 ust. 1 ustawy⁷¹. Z chwilą likwidacji, na mocy art. 5 ust. 1 ustawy, na Skarb Państwa przechodzą wszelkie korzyści i ciężary związane z depozytem, a sam depozyt, zgodnie z jej art. 10, jest przekazywany naczelnikowi właściwego urzędu skarbowego⁷². Natomiast w przypadku podmiotów leczniczych, które nie należą do sektora finansów publicznych (np. prywatne szpitale), ustawa o likwidacji niepodjętych depozytów nie znajduje zastosowania. W takiej sytuacji stosuje się ogólne przepisy Kodeksu cywilnego. W myśl art. 844 § 2 k.c. przechowawca może żądać odebrania rzeczy przez składającego.

⁶⁷ Dz.U., poz. 208, poz. 1537 ze zm. K. Salbut, *art. 39 i 40...*, s. 481.

⁶⁸ Należy pamiętać, że za jednostkę sektora finansów publicznych uznaje się podmiot wskazany w art. 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 1483 ze zm.). Przepis ten wyznacza zakres podmiotowy finansów publicznych. Szerzej na ten temat zob. M. Tyniewicki, *art. 9* [w:] *Finanse publiczne. Komentarz*, red. J.M. Salachna, Warszawa 2024, s. 134 i nast. Zob. też postanowienie SN z dnia 26.10.2011 r., sygn. I KZP 14/11, LEX nr 967965, w myśl którego ustawa z dnia 18 października 2006 r. o likwidacji niepodjętych depozytów dotyczy depozytów znajdujących się w dyspozycji jednostek sektora finansów publicznych.

⁶⁹ Zob. postanowienie SO w Poznaniu z dnia 10.11.2020 r., sygn. XV Ca 970/20, LEX nr 3163441.

⁷⁰ Jak właściwie wywiódł SN w uchwale z dnia 15.09.2017 r., sygn. III CZP 39/17, LEX nr OSNC 2018, nr 7-8, poz. 69, przepis art. 6 ust. 5 ustawy o likwidacji niepodjętych depozytów ma zastosowanie jedynie w razie braku możliwości doręczenia wezwania do odbioru depozytu lub nieustalenia uprawnionego.

⁷¹ Zgodnie z wyrokiem WSA w Lublinie z dnia 10.05.2022 r., sygn. III SA/Lu 46/22, LEX nr 3354345, orzeczenie sądu ma charakter deklaratoryjny, jako że likwidacja niepodjętego depozytu następuje z mocy prawa.

⁷² K. Markiewicz, *Postępowanie w sprawach depozytowych*, Warszawa 2007, s. 127.

W przypadku dalszego braku odbioru podmiot leczniczy może złożyć przedmiot świadczenia do depozytu sądowego na zasadach określonych w art. 467 i n. k.c.

Zakończenie

Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie stanowi istotny element systemu ochrony praw pacjenta, którego znaczenie wykracza poza ramy czysto organizacyjne. Jak wykazano w niniejszym artykule, instytucja ta pozostaje w ścisłym związku z konstytucyjnie chronionymi wartościami godnością człowieka, prawem własności oraz prawem do ochrony zdrowia. Zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa jego mienia w okresie hospitalizacji wpływa bezpośrednio na jego komfort psychiczny, a tym samym może oddziaływać na przebieg procesu leczenia.

Analiza obowiązujących regulacji prowadzi do wniosku, że choć ustawodawca stworzył podstawy prawne umożliwiające realizację prawa pacjenta do depozytu, regulacje te mają charakter fragmentaryczny. Przepis art. 39 u.p.p. oraz przepisy wykonawcze określają przede wszystkim podstawowe standardy organizacyjne i dokumentacyjne. W zakresie nieuregulowanym przepisami dotyczącymi prawa pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie podczas pobytu w podmiocie leczniczym udzielającym stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych należy odpowiednio stosować regulacje Kodeksu cywilnego dotyczące umowy przechowania.

Porównanie z prawem francuskim ukazuje istotne różnice w podejściu legislacyjnym. System francuski cechuje kompleksowość i precyzja – od jasno określonych limitów odpowiedzialności, przez szczególną ochronę pacjentów niezdolnych do wyrażenia woli, po szczegółowe procedury postępowania z depozytami nieodebranymi. Polski ustawodawca mógłby czerpać z tych rozwiązań, adaptując je do krajowego porządku prawnego.

W świetle przeprowadzonej analizy niezbędne wydaje się wprowadzenie legalnej definicji pojęcia „rzeczy wartościowe” – z zachowaniem elastyczności pozwalającej na uwzględnienie subiektywnej wartości przed-

miotów dla pacjenta – ujednolicenie zasad odpowiedzialności podmiotów leczniczych wraz z określeniem limitów odszkodowawczych, kompleksowe uregulowanie procedury postępowania z depozytem po śmierci pacjenta oraz objęcie przepisami o likwidacji niepodjętych depozytów wszystkich podmiotów leczniczych, nie tylko jednostek sektora finansów publicznych.

Przyszłościowym kierunkiem rozwoju instytucji depozytu podmiotu leczniczego może być wykorzystanie nowoczesnych rozwiązań technologicznych wspierających identyfikację pacjenta przy składaniu i odbiorze rzeczy wartościowych, w szczególności technologii biometrycznych. Zastosowanie tego rodzaju rozwiązań mogłoby zwiększyć poziom bezpieczeństwa przechowywanych przedmiotów oraz ograniczyć trudności organizacyjne związane z identyfikacją pacjentów nieprzytomnych, z zaburzeniami pamięci lub ograniczoną zdolnością komunikacji.

Zastosowanie technologii biometrycznych w ramach systemu depozytowego podmiotów leczniczych wymagałoby jednak zachowania szczególnej ostrożności w kontekście ochrony danych osobowych. Przetwarzanie danych biometrycznych w celu jednoznacznej identyfikacji osoby fizycznej jest bowiem co do zasady zakazane na mocy art. 9 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) i może być dopuszczalne wyłącznie w przypadku spełnienia jednej z przesłanek określonych w art. 9 ust. 2 tego aktu⁷³. W praktyce oznaczałoby to konieczność oparcia takiego przetwarzania na wyraźnej podstawie prawnej, w szczególności zgodzie pacjenta lub przesłankach związanych z realizacją zadań w obszarze ochrony zdrowia, a także zapewnienia realizacji zasad przetwarzania danych osobowych, takich jak minimalizacja danych, ograniczenie celu oraz integralność i poufność przetwarzania.

Instytucja depozytu podmiotu leczniczego, choć pozornie marginalna, dotyka fundamentalnych wartości systemu ochrony zdrowia, takich jak bezpieczeństwo, godność i zaufanie pacjenta. Jej doprecyzowanie, zarów-

⁷³ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, Dz.Urz. UE L 119, s. 1.

no w wymiarze legislacyjnym, jak i technologicznym, powinno być priorytetem w kontekście rosnących oczekiwań pacjentów oraz postępującej cyfryzacji służby zdrowia.

Bibliografia:

Piśmiennictwo:

- Augustynowicz A., Budziszewska-Makulska A., *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2010.
- Bajor B. [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz aktualizowany*, red. P. Nazaruk, LEX 2024.
- Bujny J., *Prawa pacjenta między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007.
- Ciechorski J. [w:] *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, LEX 2024.
- Ciemiński M., *Odszkodowanie za szkodę niemajątkową w ramach odpowiedzialności ex contractu*, Warszawa 2015.
- Czuchwicki F. [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz*, red. M. Balwicka-Szczyrba, A. Sylwestrzak, Warszawa 2024.
- Dercz M. [w:] T. Rek, M. Dercz, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2019.
- Dercz M., Izdebski H., Rek T., *Dziecko – pacjent i świadczeniobiorca*, Warszawa 2015.
- Gudowski J. [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz. Tom V. Zobowiązania. Część szczegółowa*, red. J. Gudowski, Warszawa 2017.
- Karkowska D. [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, red. D. Karkowska, Warszawa 2021.
- Kopaczńska-Pieczniak K. [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz. Tom III. Zobowiązania. Część szczegółowa*, red. A. Kidyba, Warszawa 2014.
- Markiewicz K., *Postępowanie w sprawach depozytonych*, Warszawa 2007.
- Napierała J., *Przechowanie* [w:] *System Prawa Prywatnego. Tom 7. Prawo zobowiązań – część szczegółowa*, red. J. Rajski, Warszawa 2011.
- Radwański Z., *Teoria umów*, Warszawa 1977.

- Salbut K. [w:] *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. L. Bosek, Warszawa 2025.
- Sobolewski P., *Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy w depozycie* [w:] *System Prawa Medycznego. Tom I. Instytucje prawa medycznego*, red. M. Safian, L. Bosek, Warszawa 2018.
- Tyniewicki M. [w:] *Finanse publiczne. Komentarz*, red. J. M. Salachna, Warszawa 2024.
- Wałachowska M., *Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie* [w:] *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. M. Nesterowicz, Warszawa 2009.
- Wyrzykowski W. [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz. Tom V. Zobowiązania. Część szczególna (art. 765–921¹⁶)*, red. M. Fras, M. Habdas, Warszawa 2018.
- Zagrobelny K. [w:] *Kodeks cywilny, Komentarz*, red. E. Gniewek, P. Machnikowski, Warszawa 2025, Legalis.

Orzecznictwo:

- Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 26.10.2011 r., sygn. I KZP 14/11, LEX nr 967965.
- Postanowienie Sądu Okręgowego w Poznaniu z dnia 10.11.2020 r., sygn. XV Ca 970/20, LEX nr 3163441.
- Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 27.08.1979 r., sygn. III CZP 46/79, OSNC 1980, nr 1–2, poz. 5.
- Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 15.09.2017 r., sygn. III CZP 39/17, OSNC 2018, nr 7–8, poz. 69.
- Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 27.06.2006 r., sygn. II FSK 1005/05, LEX nr 243005.
- Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 19.09.2017 r., sygn. II FSK 2285/15, LEX nr 2393256.
- Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 07.02.2018 r., sygn. II FSK 165/16, LEX nr 2465021.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 08.10.1993 r., sygn. I ACr 685/93, „Monitor Prawniczy” 1994, nr 4, poz. 111.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 12.10.2012 r., sygn. V ACa 476/12, LEX nr 1282556.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 21.04.2017 r., sygn. I ACa 1361/16, LEX nr 2295253.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 05.01.2021 r., sygn. I ACa 1022/19, LEX nr 3167708.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 28.01.2016 r., sygn. I ACa 1062/15, LEX nr 2044444.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 02.07.1997 r., sygn. I ACa 42/97, Legalis nr 41742.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 23.06.2014 r., sygn. VI ACa 1189/13, LEX nr 1621261.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 06.06.1991 r., sygn. II CR 740/90, OSNC 1993, nr 3, poz. 38.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16.09.1997 r., sygn. I PKN 261/97, OSNP 1998, nr 18, poz. 535.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 07.02.2007 r., sygn. III CSK 296/06, LEX nr 274193.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12.02.2014 r., sygn. IV CSK 349/13, LEX nr 1436179.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14.12.2017 r., sygn. V CSK 154/17, LEX nr 2510955.

Wyrok Sądu Okręgowego w Szczecinie z dnia 16.11.2016 r., sygn. VIII GC 439/15, LEX nr 2244814.

Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 05.03.2015 r., sygn. C-503/13 i C-504/13, *Boston Scientific Medizintechnik GmbH*.

Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Lublinie z dnia 10.05.2022 r., sygn. III SA/Lu 46/22, LEX nr 3354345.

Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 31.01.2017 r., sygn. VII SA/Wa 763/16, LEX nr 2317125.

Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego we Wrocławiu z dnia 29.11.2017 r., sygn. I SA/Wr 916/17, LEX nr 2415126.

Summary

The Deposit of Patients' Valuables. The Fragmentary Nature of Polish Law in the Light of French Law

This article examines the patient's right to store valuables in a deposit as an element of the patient rights protection system in Poland, pointing to the fragmentary nature of the existing regulations and the lack of full normative coherence. The legal basis for this right is provided by Article 39 of the Act on Patient Rights and the Patient Rights Ombudsman, as well as the 2009 Regulation of the Minister of Health, which set out basic organizational and documentation standards. These provisions, however, do not comprehensively regulate key issues such as the definition of valuables, the principles governing the liability of medical entities, or the procedures for handling deposited property after the patient's death. The article includes a comparative analysis of the solutions adopted in French law and formulates *de lege ferenda* proposals aimed at strengthening the protection of patients' property and increasing legal certainty in the operation of deposit systems within medical entities. The right to store valuables in a deposit is firmly grounded in the constitutional protection of human dignity, property rights, and the right to health care. Its importance continues to grow in light of the increasing value of patients' personal belongings and the extending duration of hospital stays.

Key words: patient rights, medical entity deposit, valuables, liability of medical entities, contract of deposit

Obowiązki podmiotów leczniczych w zapewnieniu pacjentowi prawa do opieki duszpasterskiej

DOI: 10.70537/PPM/213891

S t r e s z c z e n i e

Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej, będące przejawem realizacji konstytucyjnego prawa do opieki religijnej, zostało przyznane *expressis verbis* w art. 36-38 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Redakcja przepisów nie jest jednak wyczerpująca, co utrudnia ich wykładnię systemową. Artykuł rekonstruuje prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej z całego systemu prawa. Szczególny nacisk w tym artykule położono na wybiórczym omówieniu normatywnych regulacji dotyczących obowiązków podmiotów leczniczych w zapewnieniu pacjentowi prawa do opieki duszpasterskiej. Celem publikacji jest sformułowanie *de lege lata* propozycji systemowej wykładni przepisów art. 36-38 u.p.p., a *de lege ferenda* doprecyzowanie regulacji w u.p.p., tak aby każdy pacjent mógł się łatwiej zorientować o przysługujących mu uprawnieniach, a kierownik zakładu leczniczego o ciążących na nim obowiązkach.

Słowa kluczowe: prawa pacjenta, opieka duszpasterska, religia, wyznanie, podmiot leczniczy, kapelan, szpital

1. Wprowadzenie

Religia jest jednym z ważniejszych aspektów życia społecznego i osobistego człowieka. Chociaż w przestrzeni publicznej głośnie są głosy

o postępującej laicyzacji tzw. świata zachodniego¹, pomimo globalnego trendu zmniejszającego się poziomu religijności wśród młodych ludzi², współcześnie większość polskiego społeczeństwa to wciąż osoby religijne i praktykujące. Jak wskazują statystyki, około 90%³ pełnoletnich mieszkańców Polski deklaruje się jako „wierzący” lub „głęboko wierzący”. Duża część z nich deklaruje uzewnętrznianie swojej religii, około 40%⁴ uczestniczy w nabożeństwach raz w tygodniu lub częściej (choć odsetek ten powoli spada)⁵.

Jak wynika z dostępnych badań⁶, religijność jest istotnym czynnikiem terapeutycznym oraz ma pozytywny wpływ na zdrowie publiczne. Wykazano też, że w okresie pandemii COVID-19 osoby religijne radziły sobie lepiej od osób niereligijnych⁷.

Przedmiotem niniejszego artykułu jest analiza uregulowań prawnych ustanawiających prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej (art. 36-38 u.p.p.⁸) oraz uregulowań służących realizacji tego prawa, w szczególności ustanawiających obowiązki podmiotów leczniczych.

¹ Zob. np.: K. Bochenek, *Zjawisko laicyzacji w społeczeństwie ponowoczesnym (konteksty filozoficzne)*, „Wschodni Rocznik Humanistyczny” 2019, t. XVI, s. 77-86.

² Pew Research Center, *The Age Gap in Religion around the World*, 2018, <https://www.pewresearch.org/religion/2018/06/13/the-age-gap-in-religion-around-the-world/>, [dostęp: 11.10.2025 r.].

³ M. Bożewicz, Centrum Badania Opinii Społecznej, *Religijność Polaków w ostatnich 20 latach*, „Komunikat z badań”, nr 50/2024, 2024, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2024/K_050_24.PDF, [dostęp: 11.10.2025 r.], s. 4.

⁴ M. Grabowska, Centrum Badania Opinii Społecznej, *Polski pejzaż religijny – z dalekiego planu*, „Komunikat z badań”, nr 89/2022, 2022, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2022/K_089_22.PDF, [dostęp: 11.10.2025 r.], s. 3-4.

⁵ Ibidem.

⁶ Zob. J. Żolnierz, J. Sak, *Współczesne badania nad wpływem religijności na zdrowie człowieka*, „Journal of Education Health and Sport” 2017, t. 7, nr 4, s. 100-112; M. Klimasiński, M. Plocka, N. Neumann-Klimasińska, *Wpływ duchowości lub religijności na długość życia człowieka*, „Medycyna Paliatywna” 2017, t. 9, nr 2, s. 84-88; B. Woźniak, K. Zawisza, M. Brzyska, *Religia a zdrowie – o zależności między zaangażowaniem religijnym a funkcjonowaniem ciała w starszym wieku*, „Studia Socjologiczne” 2015, nr 2 (217), s. 215-239; D. Godlewska, J. Gebreselasie, *Religia a zdrowie i choroba*, „Język. Religia. Tożsamość” 2015, nr 1 (17), s. 223-236.

⁷ S. Iyer, S. Larcum, P-W. She, *Do Religious People Cope Better in a Crisis? Evidence from the UK Pandemic Lockdowns*, „Cambridge Working Papers in Economics”, nr 2403, s. 1-28.

⁸ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 581), dalej jako: u.p.p.

Pobyt w szpitalu czy innym leczniczym zakładzie zamkniętym może znacząco utrudniać korzystanie z opieki duszpasterskiej. Dlatego przepisy prawa pozytywnego gwarantują prawo do korzystania z tej opieki⁹, a prawo każdego do korzystania z pomocy religijnej tam, gdzie się znajduje, zyskało nawet rangę konstytucyjną – jest ono gwarantowane wprost przez art. 53 ust. 2 *in fine* Konstytucji RP.

Literatura dotycząca problematyki prawa do opieki religijnej osób przebywających w zakładach leczniczych nie wyczerpuje tematu, a ilość monografii i zbiorczych opracowań jest ograniczona¹⁰. Poza tym znaleźć można artykuły, które mają charakter raczej fragmentaryczny. Także powszechność opieki zdrowotnej, powszechność opieki duszpasterskiej w zakładach leczniczych i fakt, że prawie każdy mieszkaniec Polski kiedyś był, jest lub będzie pacjentem w zakładzie leczniczym, uzasadnia potrzebę opracowania niniejszego artykułu.

Ponadto, zwiększające się zróżnicowanie religijne mieszkańców Polski może prowadzić do sytuacji, w której aktualnie obowiązujący model opieki duszpasterskiej, w powszechnej świadomości ograniczający się jedynie do katolickiego duszpasterza i kaplicy szpitalnej, może okazać się niewystarczający. Zanim jednak akademicka dyskusja dotyczyć będzie udoskonalenia aktualnego systemu opieki duszpasterskiej w zakładach leczniczych, potrzebne jest szczegółowe omówienie stanu aktualnej rzeczywistości prawnej. Redakcja przepisów u.p.p. stanowiących o prawie do opieki duszpasterskiej nie jest jednak wyczerpująca – należy więc podjąć wysiłek zrekonstruowania tego prawa z całego systemu prawa, w tym Konstytucji i ustaw, o których stanowi art. 25 ust. 4 i 5 Konstytucji RP.

Celem artykułu jest sformułowanie *de lege lata* propozycji systemowej wykładni przepisów art. 36-38 u.p.p., a *de lege ferenda* doprecyzowanie re-

⁹ Zob. art. 53 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r., poz. 483 ze zm.; dalej jako: Konstytucja RP), Konkordat między Stolicą Apostolską i Rzeczpospolitą Polską, podpisany w Warszawie dnia 28 lipca 1993 r. (Dz.U. z 1998 r., poz. 318), art. 1-7 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o gwarancjach wolności sumienia i wyznania (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 265), wszystkie ustawy regulujące stosunek państwa i Kościołów oraz innych związków wyznaniowych uchwalone po II wojnie światowej, art. 106 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 706 ze zm.), itd.

¹⁰ Zob. np. M. Ożóg, *Gwarancje wolności sumienia i wyznania w podmiotach leczniczych w Polsce*, Kraków 2019.

gulacji w u.p.p., tak aby każdy pacjent mógł się łatwiej zorientować o przysługujących mu uprawnieniach, a kierownik zakładu leczniczego o ciąży-
cych na nim obowiązkach.

Rekonstruując prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej, położono silny nacisk na uregulowania odrębne ustanawiające obowiązki różnych podmiotów w zapewnieniu tytułowego prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej. Są one rozsiane po różnych regulacjach, różnej rangi, a samo ich zidentyfikowanie przez pacjenta wymaga wiele wysiłku.

2. Podstawy prawne

W okresie międzywojennym obowiązki państwa do udostępnienia opieki moralnej i pociechy religijnej obywatelom znajdującym się w szpitalach przewidywała w art. 102 zd. 3 konstytucja marcowa¹¹. Tego typu regulacja nie znalazła się w konstytucji kwietniowej¹².

Po II Wojnie Światowej prawo do opieki duszpasterskiej w zakładach leczniczych nie było stabilnie umocowane w systemie prawnym. Istniały co prawda akty prawne regulujące to zagadnienie, jednakże do 1989 r. pozostawały uregulowane w rozproszonych, podustawowych i nie zawsze opublikowanych źródłach prawa jak: instrukcje, okólniki, zarządzenia itd.¹³ Należy zauważyć, że ich wprowadzenie było często efektem nacisku kościoła katolickiego na władze publiczne.

Pierwszymi aktami o randze ustawowej dotyczącymi prawa do opieki duszpasterskiej w zakładach leczniczych były u.g.w.¹⁴ oraz ustawa katolicka¹⁵. U.g.w. zagwarantowała pacjentom prawo do uczestniczenia w czynno-

¹¹ Ustawa z dnia 17 marca 1921 r. – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. z 1925 r., poz. 267 ze zm.).

¹² Ustawa Konstytucyjna z dnia 23 kwietnia 1935 r. (Dz.U. z 1935 r., poz. 227).

¹³ Zob. M. Ożóg, *Regulacje prawne dotyczące sprawowania opieki duszpasterskiej w placówkach leczniczych w okresie PRL. z punktu widzenia problematyki źródeł prawa. Wybrane zagadnienia*, „Studia z Dziejów Państwa i Prawa Polskiego” 2017, t. XX, s. 395.

¹⁴ Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o gwarancjach wolności sumienia i wyznania (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 265).

¹⁵ Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 1966 ze zm.).

ściach i obrzędach religijnych oraz wypełniania obowiązków religijnych i obchodzenia świąt religijnych zgodnie z zasadami swojego wyznania. Ponadto, przyznano im także prawo do posiadania i korzystania z przedmiotów potrzebnych do uprawiania kultu i praktyk religijnych. Jednocześnie potwierdzono prawo związków wyznaniowych do prowadzenia takich czynności i obrzędów religijnych w zakładach leczniczych.

Istotną bazą zawierającą gwarancje prawa do opieki duszpasterskiej są Konkordat¹⁶ oraz ustawy partykularne regulujące stosunek państwa i kościołów, oraz związków wyznaniowych, których w latach 1989-1997 uchwalono dwanaście¹⁷. Przepisy ww. aktów dotyczące prawa do opieki duszpasterskiej w zakładach leczniczych sformułowane są jednak w różny sposób, charakteryzują się różnym poziomem szczegółowości oraz zakresem przyznanych członkom danych związków wyznaniowych praw

¹⁶ Konkordat między Stolicą Apostolską i Rzeczpospolitą Polską, podpisany w Warszawie dnia 28 lipca 1993 r. (Dz.U. z 1998 r., poz. 318).

¹⁷ Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 1966 ze zm.); ustawa z dnia 4 lipca 1991 r. o stosunku Państwa do Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 544); ustawa z dnia 13 maja 1994 r. o stosunku Państwa do Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 509); ustawa z dnia 13 maja 1994 r. o stosunku Państwa do Kościoła Ewangelicko-Reformowanego w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2015 r., poz. 483); ustawa z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Ewangelicko-Metodystycznego w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 85); ustawa z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Chrześcijan Baptystów w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 1874); ustawa z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2022 r., poz. 2616); ustawa z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Polskokatolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 51); ustawa z dnia 20 lutego 1997 r. o stosunku Państwa do gmin wyznaniowych żydowskich w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2014 r., poz. 1798); ustawa z dnia 20 lutego 1997 r. o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego Mariawitów w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 8); ustawa z dnia 20 lutego 1997 r. o stosunku Państwa do Kościoła Starokatolickiego Mariawitów w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 47); ustawa z dnia 20 lutego 1997 r. o stosunku Państwa do Kościoła Zielonoświątkowego w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2015 r., poz. 13); obowiązują w polskim porządku prawnym również wydane lub uchwalone przed II wojną światową trzy akty o randze ustawowej, które nie zawierają jednak przepisów dotyczących opieki duszpasterskiej w zakładach leczniczych: rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o stosunku Państwa do Wschodniego Kościoła Staroobrzędowego, nie posiadającego hierarchii duchownej (Dz.U. z 1928 r., poz. 363 ze zm.); ustawa z dnia 21 kwietnia 1936 r. o stosunku Państwa do Muzułmańskiego Związku Religijnego w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. z 1936 r., poz. 240 ze zm.); ustawa z dnia 21 kwietnia 1936 r. o stosunku Państwa do Karaimskiego Związku Religijnego w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. z 1936 r., poz. 241 ze zm.).

(przykłady takich sytuacji zostaną przedstawione w dalszej części artykułu). Sytuacja kościołów i związków wyznaniowych jest tym bardziej zróżnicowana ze względu na okoliczność, że jedynie w odniesieniu do niektórych z nich uchwalono ustawy regulujące ich stosunek z Państwem. Poza kościołami i związkami wyznaniowymi, których stosunek do Państwa został uregulowany odrębną ustawą (w liczbie 15), do Rejestru kościołów i innych związków wyznaniowych prowadzonego przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji wpisanych jest ich 176¹⁸. W ich przypadku, miarodajne w zakresie ustalenia form i zakresu opieki duszpasterskiej wyznawców w zakładach leczniczych pozostają wyłącznie przepisy ogólne, choć mogą one zostać wzmocnione poprzez normy wewnętrzne kościoła lub związku wyznaniowego (w szczególności statutu). Sytuacja praw członków kościołów i związków wyznaniowych o uregulowanej sytuacji prawnej pozostaje i tak bardziej stabilna niż w przypadku członków kościołów i związków wyznaniowych o nieuregulowanej sytuacji prawnej – należy jednak uznać, że i oni mają prawo do opieki religijnej w oparciu o ogólne reguły konstytucyjne.

Ustawowo nie jest regulowany przykładowo stosunek państwa do Świadków Jehowy (trzeci pod względem liczebności związek wyznaniowy w Polsce¹⁹). Skomplikowana pozostaje kwestia opieki duszpasterskiej dla muzułmanów, czyli grupy wyznaniowej, która w ostatnich latach bardzo zwiększyła swoją liczebność. Obowiązuje co prawda ustawa o stosunku Państwa do Muzułmańskiego Związku Religijnego w Rzeczypospolitej Polskiej²⁰, jednakże podmiotowo ograniczona jest jedynie do Muzułmańskiego Związku Religijnego, czyli związku wyznaniowego zrzeszającego około 500 osób²¹, głównie polskich Tatarów, a przedmiotowo nie zawiera przepisów dotyczących opieki duszpasterskiej w zakładach leczniczych.

¹⁸ Stan na dzień 30 września 2025 r.

¹⁹ Główny Urząd Statystyczny, *Wyznania religijne w Polsce 2019-2021*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/inne-opracowania/wyznania-religijne/wyznania-religijne-w-polsce-2019-2021,5,3.html>, Warszawa 2022, [dostęp: 11.10.2025 r.], s. 58.

²⁰ Ustawa z dnia 21 kwietnia 1936 r. o stosunku Państwa do Muzułmańskiego Związku Religijnego w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. z 1936 r., poz. 240 ze zm.).

²¹ Główny Urząd Statystyczny, *Wyznania...* s. 59.

Spółeczność muzułmańska w Polsce liczy jednak co najmniej kilkanaście tysięcy osób²², zrzeszonych w kilku związkach wyznaniowych. W związku z tym, kwestia opieki duszpasterskiej dla wszystkich muzułmanów regulowana będzie jedynie przez przepisy ogólne, co może być problematyczne zarówno ze względu na liczebność, ja i potrzeby członków tej grupy wyznaniowej²³.

W zakresie prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej istotna jest także u.z.o.p.²⁴ Jest to pierwsza ustawa posługująca się pojęciem praw pacjenta i wprowadzająca przykładowy ich katalog. Po zmianie ustawy w 1997 r.²⁵ w katalogu ujętym w art. 19 u.z.o.p. pojawiło się między innymi również prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej.

Konstytucja RP *expressis verbis* gwarantuje każdemu prawo do korzystania z pomocy religijnej tam, gdzie się znajduje (art. 53 ust 2 *in fine*). Natomiast art. 25 stanowi o relacji państwa z kościołami i innymi związkami wyznaniowymi, a który musi być poczytywany łącznie z art. 53, aby całościowo opisać konstytucyjne gwarancje wolności wyznania.

W zakresie dotyczącym praw pacjenta, u.z.o.p. została zastąpiona przez u.p.p. Najistotniejsze w zakresie objętym tematem artykułu są art. 36-38, gwarantujące pacjentom przebywającym w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej prawo do opieki duszpasterskiej, prawo do kontaktu z duchownym w momencie zagrożenia życia oraz obowiązek ponoszenia kosztów związanych z tymi prawami przez podmioty lecznicze.

W zakresie gwarancji ochrony sumienia i wyznania istotne znaczenie mają przepisy wiążących umów międzynarodowych, które gwarantują

²² Ibidem.

²³ Zob. K. Krzysztofek-Strzała, *Prawa pacjentów muzułmanów w świetle ustawodawstwa polskiego, ze szczególnym uwzględnieniem ustawy o gwarancjach wolności sumienia i wyznania*, „Studia z Prawa Wyznaniowego” 2019, t. 22, s. 135-151; szerzej nt. sytuacji prawnej muzułmanów w Polsce zob. P. Borecki, *Położenie prawne nyznanców islamu w Polsce*, „Państwo i Prawo” 2008, nr 1, s. 72-84.

²⁴ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2007 r., poz. 89 ze zm.).

²⁵ Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. z 1997 r., poz. 661 ze zm.).

wszystkim wolność religii i sumienia oraz zakaz dyskryminacji. W ramach międzynarodowego systemu ochrony praw człowieka warto wymienić tutaj MPPOiP²⁶ i EKPCz²⁷, a w ramach systemu unijnego – KPP²⁸. Na uwagę zasługują również międzynarodowe akty prawne dotyczące praw pacjenta, wśród których znajdują się również gwarancje praw pacjentów związane z ich wyznaniem²⁹.

Zgodnie z zasadniczym celem artykułu, niżej zostaną scharakteryzowane poszczególne obowiązki podmiotów leczniczych służące umożliwieniu pacjentom korzystanie z uprawnień składających się na ich prawo do opieki duszpasterskiej.

3. Umożliwienie pacjentowi kontaktu z duchownym

Obowiązek ten dotyczy wszystkich podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej – nie ma tutaj znaczenia, czy podmiot jest prywatny, czy publiczny.

Obowiązek umożliwienia pacjentowi kontaktu z duchownym wynika z art. 36 u.p.p., zgodnie z którym pacjent przebywający w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do opieki duszpasterskiej. Na treść prawa do opieki duszpasterskiej składa się „każda forma opieki duchowej o wymiarze religijnym kierowana względem pacjenta zgodnie z zasadami i przepisami wewnętrznymi poszczególnych kościołów oraz związków wyznaniowych”³⁰.

²⁶ Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych otwarty do podpisu w Nowym Jorku 19 grudnia 1966 r. (Dz.U. z 1977 r., nr 38, poz. 167).

²⁷ Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., zmieniona następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełniona Protokołem nr 2 (Dz.U. z 1993 r., nr 61, poz. 284).

²⁸ Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej będąca załącznikiem do Traktatu z Lizbony zmieniającego Traktat o Unii Europejskiej i Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską z dnia 13 grudnia 2007 r. (Dz.U. z 2009 r., nr 203, poz. 1569).

²⁹ Zob. Deklaracja Promocji Praw Pacjenta w Europie z 1994.

³⁰ G. Gura, *Rozdział 10. Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej* [w:] Z. Cnota, G. Gura, T. Grabowski, E. Kurowska, *Zasady i tryb ustalania świadczeń/roszczeń (odszkodowania i zadośćuczynienia) w przypadku zdarzeń medycznych. Komentarz*, Warszawa 2016, s. 146-148.

W związku z tym, pacjent musi mieć umożliwiony kontakt z duchownym swojego wyznania – często nie da się bowiem korzystać z posług religijnych, nauczania czy uczestniczyć w czynnościach religijnych bez jego udziału. Elementem prawa do opieki duszpasterskiej jest więc umożliwienie pacjentowi kontaktu z duchownym jego wyznania³¹. Wydaje się, że bez prawa pacjenta do umożliwienia kontaktu z duchownym realizacja prawa do opieki duszpasterskiej nie byłaby możliwa. Kontakt z duchownym, wynikający z ogólnej reguły dającej pacjentom prawo do opieki religijnej tam, gdzie się znajdują, ma służyć właśnie korzystaniu przez pacjenta z opieki duszpasterskiej. Kontakt z duchownym w innym celu może się odbywać w zakresie prawa pacjenta do kontaktu z innymi osobami (art. 33 u.p.p.). Jest to rozróżnienie istotne w kwestiach finansowych, bowiem koszty związane z zapewnieniem pacjentowi opieki duszpasterskiej ponosi podmiot leczniczy (art. 38 u.p.p.), natomiast za kontakt pacjenta z innymi osobami koszty ponosi pacjent (art. 25 ust. 1-3 u.p.p.).

Bezpośrednie wskazanie, że pacjent ma prawo wykonywania praktyk religijnych i prawo korzystania z opieki duszpasterskiej (tudzież prawo do korzystania z posług religijnych) znajduje się we wszystkich powojennych ustawach regulujących stosunki między państwem a kościołami i związkami wyznaniowymi, a także w Konkordacie. Aby pacjent mógł korzystać z posług religijnych lub opieki duszpasterskiej, musi mieć umożliwiony kontakt z duchownym³². W treści czterech ustaw partykularnych (ustawa chrześcijańska-baptystyczna³³, ustawa katolicka-mariawicka³⁴, ustawa strokatolicka-mariawicka³⁵, ustawa zielono-

³¹ A. Pielak, K. Szczucki, *Rozdział 10. Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej* [w:] *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. L. Bosek, Warszawa 2020, s. 569-570.

³² Por. T.J. Zieliński, *Art. 16. Posługi religijne dla osób przebywających w zakładach o obojętnym rygorze pobytu* [w:] A. Czohara, T.J. Zieliński, *Ustawa o stosunku państwa do gmin wyznaniowych żydowskich w Polsce. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 136.

³³ Ustawa z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Chrześcijan Baptystów w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 1874).

³⁴ Ustawa z dnia 20 lutego 1997 r. o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego Mariawitów w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 8).

³⁵ Ustawa z dnia 20 lutego 1997 r. o stosunku Państwa do Kościoła Starokatolickiego Mariawitów w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 4).

świętkowa³⁶) wskazano wprost, że w celu realizacji uprawnień pacjenta z jego prawem do opieki duszpasterskiej kierownik właściwego podmiotu leczniczego musi zapewnić duchownym swobodny dostęp do osób przebywających w zakładach leczniczych. Pomimo braku w innych ustawach partykularnych postanowień gwarantujących pacjentowi *expressis verbis* kontakt z duchownym, w związku z tym, że niemożliwa jest realizacja prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej bez kontaktu z duchownym, z ogólnej normy wynikającej z art. 36 u.p.p. należy wnioskować, że podmioty lecznicze zobowiązane są taki kontakt duchownego z pacjentem umożliwić.

W niektórych sytuacjach podmioty lecznicze, w celu realizacji prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej, zobowiązane są do zatrudnienia duszpasterza. Kwestię tę omówiono w rozdziale 7. poświęconemu zatrudnianiu kapelanów.

Warunkiem dostępu duchownego do pacjenta musi być zawsze wola pacjenta³⁷, tym samym duchowny nie może mieć kontaktu z pacjentem wbrew jego woli. Zastosowanie znajdzie tu art. 33 ust. 1 u.p.p., zgodnie z którym pacjent ma prawo do odmowy kontaktu z innymi osobami. Ponadto, zmuszanie pacjenta do kontaktu z duchownym mogłoby naruszać jego wolność sumienia i jako takie jest niedopuszczalne³⁸. Praktyczne wątpliwości może budzić granica, przy której kontakt z duchownym wbrew woli pacjenta można byłoby określić jako niedopuszczalny. Można choćby postawić pytanie, czy samo przebywanie z duchownym w jednym pomieszczeniu wbrew woli pacjenta może naruszać jego wolność sumienia. Wydaje się, że odpowiedź na tak postawione pytanie byłaby zwykle negatywna, jednak można wyobrazić sobie stany faktyczne, w których mogłoby być to niewskazane.

Rozważenia wymaga, do jakiej formy kontaktu z duchownym pacjent ma prawo. Należy przyjąć, że „w tym przypadku będzie chodziło o kon-

³⁶ Ustawa z dnia 20 lutego 1997 r. o stosunku Państwa do Kościoła Zielonoświątkowego w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2015 r., poz. 13).

³⁷ T.J. Zieliński, *Art. 16...*, s. 136.

³⁸ Ibidem.

takt osobisty, telefoniczny lub korespondencyjny. Pierwszeństwo w tym względzie przyznać należy kontaktowi osobistemu ze względu na okoliczności, które taki kontakt warunkują, czyli pogorszenie się stanu zdrowia lub zagrożenie życia”³⁹. Biorąc pod uwagę istotę prawa do opieki duszpasterskiej, jeśli możliwy jest kontakt osobisty z duchownym, podmiot leczniczy powinien taki umożliwić. Jeśli nie jest to jednak możliwe, podmiot leczniczy powinien umożliwić pacjentowi przynajmniej kontakt telefoniczny lub korespondencyjny (choćby mailowy) z duchownym. Na te trzy formy zezwala art. 33 ust. 1 u.p.p. dotyczący prawa pacjenta do kontaktu z innymi osobami.

Rozważyć należy także, kim jest duchowny, z którym pacjent może się kontaktować w ramach prawa do opieki duszpasterskiej. W doktrynie wskazuje się, że „Pojęcie duchownego należy rozumieć zgodnie z tezą uchwały SN z 6.5.1992 r. (I KZP 1/92, Legalis), gdzie wskazano, że »duchownym (...) jest osoba należąca do Kościoła katolickiego lub innego Kościoła albo związku wyznaniowego, która wyróżnia się spośród ogółu wyznawców danej religii tym, że powołana została do stałego organizowania i sprawowania kultu religijnego«”⁴⁰. W literaturze podnosi się także, że „wyróżnienie to musi mieć swoją podstawę w normach prawa wewnętrznego i nie może posiadać jedynie charakteru uznaniowego”⁴¹. Wskazuje się, że prawo pacjenta do kontaktu z duchownym w przypadku braku duchownego powinno być rozszerzone „także na osoby wypełniające ich funkcje w świetle postanowień prawa wewnętrznego danego kościoła lub związku wyznaniowego, chociażby z tej racji, że jego realizacja nie jest związana z żadnymi szczególnymi utrudnieniami po stronie podmiotu leczniczego, ani też dodatkowymi kosztami”⁴². Do postanowień wewnętrznych związku wyznaniowego odsyła w tym zakresie bezpośrednio ustawa żydowska⁴³, w art. 16 wskazując, że duchowni mogą

³⁹ G. Gura, *Rozdział 10...*, s. 151-152.

⁴⁰ A. Pielak, K. Szczucki, *Rozdział 10...*, s. 570.

⁴¹ G. Gura, *Rozdział 10...*, s. 150-151.

⁴² Ibidem, s. 148-149.

⁴³ Ustawa z dnia 20 lutego 1997 r. o stosunku Państwa do gmin wyznaniowych żydowskich w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2014 r., poz. 1798).

udzielać posług religijnych przebywającym w zakładach opieki zdrowotnej współwyznawcom, ale stosownie do przepisów prawa wewnętrznego. Komentatorzy przepisu wskazują, że wymóg „stosowności do przepisów prawa wewnętrznego” należy interpretować w taki sposób, że „prawo wewnętrzne gmin żydowskich określa podmioty uprawnione do wykonywania tej posługi, a także jej tryb, w tym również udzielanie duchownym upoważnień do czynności w tym zakresie przez właściwe władze wyznaniowe”⁴⁴.

Na podmiocie leczniczym ciąży niewątpliwie obowiązek unikania stwarzania, niczym nieuzasadnionych ze względów medycznych, utrudnień w kontakcie z duchownymi⁴⁵. Rozwiązać należy jednak problem, czy na podmiocie leczniczym, poza obowiązkiem znoszenia kontaktu pacjenta z duchownym, mogą ciążyć jakieś pozytywne obowiązki (choćby zorganizowanie pacjentowi tego kontaktu). Jak wskazuje się w doktrynie, na podmiocie leczniczym ciąży obowiązek związane z zagwarantowaniem pacjentowi kontaktu z duchownym jego wyznania⁴⁶. Grzegorz Gura wskazuje, że podmioty, które wykonują działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, są zobowiązane także podjąć działania zmierzające do umożliwienia kontaktu, „co w praktyce najczęściej przejawiać się będzie w poinformowaniu i wezwaniu duchownego określonego wyznania, jeżeli pacjent sam tego uczynić nie może lub o to poprosić, a wcześniej taką wolę wyjawil albo informacje posiadane przez podmiot leczniczy podjęcie tego typu działań uzasadniają i umożliwiają. Podmioty wykonujące działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne są ponadto zobowiązane do umożliwienia pacjentowi kontaktu z duchownym o każdej porze oraz w zakresie szerszym niż osobom bliskim, tzn. przy zachowaniu jedynie niezbędnych środków koniecznych dla wyeliminowania niebezpieczeństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego”⁴⁷. Podobnie wskazują też Anna

⁴⁴ T.J. Zieliński, *Art. 16...*, s. 135.

⁴⁵ G. Gura, *Rozdział 10...*, s. 148-149.

⁴⁶ A. Pielak, K. Szczucki, *Rozdział 10...*, s. 567-568.

⁴⁷ G. Gura, *Rozdział 10...*, s. 150-151.

Śniecikowska i Wiesław Śniecikowski: „pomoc religijna w szpitalu polega na zapewnieniu pacjentowi kontaktu z duchownym, co należy, w zależności od sytuacji zdrowotnej pacjenta, do obowiązków kierownictwa podmiotu leczniczego, lekarza albo pielęgniarki (położnej). Kierownictwo podmiotu leczniczego jest zobowiązane zapewnić dostępną informację, która powinna obejmować także rodzaj wyznania kapelanów pracujących w szpitalu i w jaki sposób można się z nimi skontaktować”⁴⁸. Szpital nie jest jednak zobowiązany do zainicjowania wizyty duszpasterza u pacjenta⁴⁹. Na stronie internetowej Rzecznika Praw Pacjenta znajduje się praktyczna wskazówka, że realizacja prawa do opieki duszpasterskiej „powinna gwarantować poufność i intymność choremu (np. zapewnienie warunków, w których zostanie zachowana dyskrecja przy spowiedzi, może to być wyznaczenie odrębnego pomieszczenia na ten cel, a w przypadku pacjentów obłożnie chorych przygotowanie parawanów lub zasłon)”⁵⁰.

W kontekście powyższych rozważań, należy zasygnalizować, że kwestia inicjowania przez personel podmiotu leczniczego kontaktu z duchownym była przedmiotem orzecznictwa sądowego. Problem ten został bowiem poruszony przez Sąd Najwyższy w wyroku z 20 września 2013 r., sygn. akt II CSK 1/13⁵¹ (należy jednak mieć na uwadze, że nie była to istota przedstawionego sądowi sporu). W toku procesu powód domagał się zadośćuczynienia za udzielenie mu sakramentu bez jego zgody jako osobie niewierzącej. W stanie faktycznym sprawy podczas pobytu w szpitalu został poddany katolickiemu sakramentowi namaszczenia chorych w chwi-

⁴⁸ A. Śniecikowska, W. Śniecikowski, *Konstrukcja prawna podmiotu leczniczego pozostającego w zarządzie prywatnoprawnym i jego wpływ na realizację zadań publicznych* [w:] *Organizacja administracji publicznej z perspektywy powierzanych jej zadań*, red. T. Bąkowski, 2015, s. 301.

⁴⁹ Ibidem; zob. informacje dot. prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej na stronie internetowej Rzecznika Praw Pacjenta, <https://www.gov.pl/web/rpp/prawo-do-opieki-duszpasterskiej>, [dostęp: 11.10.2025 r.].

⁵⁰ Informacje dot. prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej na stronie internetowej Rzecznika Praw Pacjenta, <https://www.gov.pl/web/rpp/prawo-do-opieki-duszpasterskiej>, [dostęp: 11.10.2025 r.].

⁵¹ Wyrok SN z dnia 20.09.2013 r., sygn. II CSK 1/13, OSNC-ZD 2014, nr 4, poz. 69; por. Z. Strus, *Głos do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 20 września 2013 r. w sprawie II CSK 1/13*, „Forum Prawnicze” 2013, nr 5 (19), s. 35-49; B. Rakoczy, *Głos do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 20 września 2013 r., sygn. akt II CSK 1/13*, „Przegląd Prawa Wyznaniowego” 2016, nr 8, s. 213-220; zob. wyrok SN z dnia 12.09.2018 r., sygn. II CSK 536/17, LEX nr 2565810.

li, gdy pozostawał w stanie śpiączki farmakologicznej. Sąd Najwyższy uznał, że poddanie człowieka niewierzącego praktykom religijnym, które są przez niego nieakceptowane, nie jest zdarzeniem drobnym czy banalnym oraz stanowi naruszenie jego dobra osobistego – swobody sumienia – i jako takie zasługuje na udzielenie ochrony na podstawie art. 23 k.c.⁵². Sąd stwierdził, że skoro placówka udzielająca świadczeń medycznych ma obowiązek zapewnić pacjentom możliwość korzystania z opieki duszpasterskiej, to jej rolą jest również ustalenie, czy jej pacjenci życzą sobie uczestniczyć w praktykach religijnych. Jeśli podmiot leczniczy ma możliwość ustalenia, czy pacjent chce korzystać z opieki duszpasterskiej, powinien tego dokonać, a nie stosować domniemania, że w braku odmiennej deklaracji pacjenta jest on tego wyznania, co większość społeczeństwa i w związku z tym chce korzystać z sakramentów właściwych dla tego wyznania. W orzeczeniu stwierdzono jednak, że jeśli nie sposób ustalić światopoglądu pacjenta i tego, czy chciałby zostać poddany opiece duszpasterskiej (ponieważ np. został przyjęty do szpitala w stanie uniemożliwiającym określenie swojej woli w tym zakresie, a niemożliwe jest ustalenie tego w inny sposób) – można objąć pacjenta opieką duszpasterską, przynajmniej do czasu, aż będzie w stanie samodzielnie wypowiedzieć się w tym zakresie⁵³. Z tezami wyroku SN z 20 września 2013 r., sygn. akt II CSK 1/13, należy się zgodzić. Poddanie osoby praktykom religijnym wbrew jej woli jak najbardziej może naruszać dobra osobiste człowieka. Aby uniknąć działania niezgodnie z wolą pacjenta w tym zakresie, dobrą i zgodną z prawem praktyką byłoby pytanie pacjentów podczas przyjęcia czy wyrażają wolę objęcia opieką duszpasterską, a w przypadku braku takiej informacji podmiot leczniczy powinien próbować ustalić wolę pacjenta w inny sposób. Źródłem informacji o woli pacjenta może być np. rodzina lub posiadane przez pacjenta symbole religijne⁵⁴.

⁵² Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1061 ze zm.).

⁵³ Por. P. Wenski, *Rozważania nad standardami opieki duszpasterskiej w polskich szpitalach*, „Prawo i Medycyna” 2015, nr 1, s. 83.

⁵⁴ A. Pielak, K. Szczucki, *Rozdział 10...*, s. 567.

Rozważań wymaga treść normy wynikającej z art. 37 u.p.p., który formuluje obowiązek podmiotu leczniczego do umożliwienia pacjentowi kontaktu z duchownym jego wyznania w sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia. Obowiązek zapewnienia pacjentowi kontaktu z duchownym bynajmniej nie aktualizuje się dopiero w przypadku pogorszenia stanu pacjenta, a aktualny jest zawsze, niezależnie od jego stanu zdrowia⁵⁵. „Należy ten przepis interpretować jako podkreślenie obowiązku, który wynika z art. 36 PrPacJRPPU, w wyszczególnionych sytuacjach, związanych najczęściej z udzielaniem ostatniej posługi duchownego. Z tego szczególnego obowiązku może wynikać umożliwienie wizyty duchownego poza ustalonym regulaminem podmiotu leczniczego godzinami wizyt, np. w porze nocnej”⁵⁶. Podmiot leczniczy ma więc obowiązek umożliwić pacjentowi kontakt z duchownym zawsze, niezależnie od stanu zdrowia pacjenta, jednakże w przypadku pogorszenia stanu jego zdrowia obowiązek ten jest „wzmocniony” i wymagać może podjęcia działań nagłych zmierzających do zapewnienia pacjentowi kontaktu. Odnosnie do art. 37 należy wskazać, że podmiot leczniczy zobowiązany jest powiadomić osobę duchowną nawet w przypadku subiektywnego poczuć pacjenta, że jego życie jest zagrożone⁵⁷. Bardziej rygorystycznie podchodzi do tej kwestii G. Gura, zezwalając podmiotowi leczniczemu na obiektywną analizę pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia pacjenta, wskazując jednak, że „ocena taka powinna uwzględniać również, w dopuszczalnym zakresie, odczucia samego pacjenta co do jego stanu zdrowia, dlatego na prośbę pacjenta, nawet jeżeli nie przemawiają za tym względy *stricte* medyczne, a jedynie jego odczucie pogorszenia się stanu zdrowia czy zagrożenia życia, przy założeniu, że nie będzie to prowadzić do nadużyć i zakłócać przebiegu procesu leczniczego, podmioty wykonujące działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe

⁵⁵ Ibidem, s. 569-570.

⁵⁶ Ibidem.

⁵⁷ Ibidem.

świadczenia zdrowotne powinny umożliwić mu kontakt z duchownym jego wyznania”⁵⁸.

Wykładni należy poddać także kwestię wyznania pacjenta, ponieważ ma on prawo do kontaktu z duchownym właśnie swojego wyznania (co jest wskazane *expressis verbis* w art. 37 u.p.p.). Może bowiem zdarzyć się, że pacjent, w czasie pobytu w zakładzie leczniczym, zmienił wyznanie lub powrócił do dawniej wyznawanej religii. W takiej sytuacji, niezasadne byłoby odmówienie pacjentowi kontaktu z duchownym tylko dlatego, że przyjęty był do szpitala jako przedstawiciel jednego wyznania lub ateista, a jednak poprosi on o kontakt z duchownym. Należy zgodzić się z Michałem Ożógiem, że wyrażenie „jego wyznania” odnosi się do tego systemu wierzeń, z którymi pacjent utożsamia się w chwili uzewnętrzniania swojej prośby wobec pracownika podmiotu leczniczego⁵⁹.

Niewątpliwie pacjent będzie miał prawo do kontaktu z duchownym swojego wyznania, jeśli należy do związku wyznaniowego o uregulowanej sytuacji prawnej. Powstaje jednak pytanie, czy takie prawo przysługiwać mu będzie także, jeśli związek religijny nie jest zarejestrowany w Polsce. Ogół regulacji prawnych prowadzi do wniosku, że nie ma podstaw w obowiązujących przepisach do ograniczania prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej jedynie do wyznań zarejestrowanych w kraju (brak przede wszystkim takich ograniczeń w uregulowaniach konstytucyjnych gwarantujących wolność religii, żadna inna ustawa nie ogranicza tego prawa, nie poruszają tej kwestii także art. 36-38 u.p.p.). G. Gura rozwija tę problematykę, wskazując, że: „Uregulowany pod względem prawnym status danego kościoła lub związku wyznaniowego stanowi gwarancję, iż podejmowanie opieki nie będzie prowadziło do narażenia bezpieczeństwa i porządku publicznego, zdrowia, moralności publicznej, władzy rodzicielskiej czy też podstawowych praw oraz wolności innych osób (por. art.

⁵⁸ G. Gura, *Rozdział 10...*, s. 152.

⁵⁹ M. Ożóg, *Postawa pracowników podmiotów leczniczych w kontekście realizacji prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej w Polsce*, „Przegląd Prawa Wyznaniowego” 2018, t. 10, s. 112; por. A. Pielak, K. Szczucki, *Rozdział 10...*, s. 569-570.

33 ust. 3 SumWyznU). Prawo do opieki duszpasterskiej powinno zostać zapewnione również pacjentom zgłaszającym swoją przynależność do innych kościołów i związków wyznaniowych, z tą jednak różnicą, że w tym przypadku jego wykonywanie będzie mogło podlegać ograniczeniom, jeżeli w roztropnej i obiektywnej ocenie podmiotu leczniczego będzie stwarzało niebezpieczeństwo naruszenia wyżej wymienionych wartości”⁶⁰.

Formułując ograniczenia prawa pacjenta do kontaktu z duchownym, należy kierować się treścią art. 53 ust. 5 Konstytucji RP, który reguluje możliwość ograniczenia wolności uzewnętrzniania religii. Zgodnie z normą wynikającą z przepisu, ograniczenia takie mogą być wprowadzone jedynie w ustawie i tylko wtedy, gdy jest to konieczne do ochrony bezpieczeństwa państwa, porządku publicznego, zdrowia, moralności lub wolności i praw innych osób. Wskazana w ustawie możliwość wprowadzenia ograniczeń praw pacjenta została uregulowana w art. 5 u.p.p., zgodnie z którym prawa pacjenta (w tym również prawo pacjenta do kontaktu z duchownym) mogą zostać ograniczone przez kierownika podmiotu leczniczego lub upoważnionego przez niego lekarza ze względu na wystąpienie zagrożenia epidemicznego, lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów. Konstytucyjne wątpliwości jednak może budzić uzależnienie możliwości ograniczania tak istotnej konstytucyjnej wolności, jaką jest wolność uzewnętrzniania religii, przez kierownika podmiotu leczniczego, która wynika z dość ogólnej dyspozycji wyrażonej w art. 5 u.p.p. Dyskusyjne jest również, czy przesłanki ograniczania praw pacjenta określone w art. 5 u.p.p. na pewno nie wykraczają poza zakres przesłanek ograniczania wolności uzewnętrzniania religii określony w art. 53 ust. 5 Konstytucji RP.

Należy zgodzić się z tezą, że możliwości organizacyjne podmiotu nie powinny być podstawą do ograniczenia prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej⁶¹ (w szczególności w sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia pacjenta).

⁶⁰ G. Gura, *Rozdział 10...*, s. 146-148.

⁶¹ Zob. informacje dot. prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej na stronie internetowej Rzecznika Praw Pacjenta, <https://www.gov.pl/web/rpp/prawo-do-opieki-duszpasterskiej>, [dostęp: 11.10.2025 r.].

4. Umożliwienie pacjentowi uczestniczenia w czynnościach i obrzędach religijnych oraz korzystania z posług religijnych

Uczestniczenie w czynnościach i obrzędach religijnych oraz korzystania z posług religijnych należy rozumieć jako sytuacje, w których pacjent jest ich uczestnikiem. Należy kategorię tę odróżnić od praktykowania indywidualnego poprzez uprawianie kultu, modlitwę i inne dozwolone formy oraz uczestniczenia w praktykach i nauczaniu zbiorowym, które opisano w rozdziałach 5 i 6 artykułu.

Obowiązek umożliwienia pacjentowi uczestniczenia w czynnościach i obrzędach religijnych oraz korzystania z posług religijnych dotyczy wszystkich podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.

Możliwość uczestniczenia przez pacjenta w czynnościach i obrzędach religijnych składać się będzie na treść prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej zagwarantowanego pacjentom w art. 36 u.p.p.⁶² Pacjent powinien mieć zapewnioną możliwość uczestniczenia w czynnościach i obrzędach, które są niejednokrotnie elementem duchowej opieki.

Poza u.p.p., prawo pacjenta do uczestniczenia w czynnościach i obrzędach religijnych zostało zagwarantowane *expressis verbis* w art. 2 pkt 2 w zw. z art. 4 ust. 1 pkt 2 u.g.w.

Dodatkowe gwarancje prawa pacjentów do uczestniczenia w czynnościach i obrzędach religijnych oraz korzystania z posług religijnych znajdują się we wszystkich powojennych ustawach partykularnych regulujących stosunki Państwa do kościołów i związków wyznaniowych – wskazujące na prawo pacjentów do wykonywania praktyk religijnych i do korzystania z posługi religijnej (niektóre z ustaw zamiast prawa do posługi religijnej wskazują na prawo do opieki duszpasterskiej, a ustawa żydowska wskazuje jedynie na prawo duchownych do udzielania posługi religijnej współwyznawcom). Niezależnie od różnych form nazewnictwa, należy uznać, że w zakresie prawa do opieki duszpasterskiej zagwarantowanego

⁶² Por. G. Gura, *Rozdział 10...*, s. 146-148.

w art. 36-38 u.p.p. znajduje się prawo pacjenta do uczestniczenia w czynnościach i obrzędach religijnych.

Na podmiocie leczniczym ciąży niewątpliwie obowiązek unikania stwarzania niczym nieuzasadnionych ze względów medycznych utrudnień w uczestniczeniu przez pacjenta w czynnościach i obrzędach religijnych⁶³. Żaden przepis prawa powszechnie obowiązującego nie przewiduje obowiązków pozytywnych ciążyących na podmiocie leczniczym w tym zakresie, poza opisanym wyżej obowiązkiem umożliwienia pacjentowi kontaktu z duchownym. Tytułem przykładu, nie znajduje podstaw normatywnych obowiązków pracownika podmiotu leczniczego do ochrzczenia pacjenta w przypadku, gdy ten tego zażąda. Jednakże brak jest również prawnych zakazów do dokonywania przez pracowników podmiotu leczniczego czynności religijnych i obrzędów wobec pacjenta, który wyrazi taką wolę (taką możliwość przewidują nawet normy deontologiczne Kościoła katolickiego⁶⁴).

Podkreślenia wymaga, że pacjent nie może być zmuszony do uczestniczenia w obrzędach i czynnościach religijnych, bowiem naruszałoby to jego wolność sumienia⁶⁵. Takie działania mogą też doprowadzić do naruszenia nietykalności osobistej. Niektóre praktyki religijne związane są bowiem z naruszeniem osobistej przestrzeni człowieka, a czasem wykonywane są nawet wobec osób niemogących wyrazić na nie bezpośredniej i świadomej zgody (np. katolicki sakrament namaszczenia chorych, który wymaga w takich sytuacjach co prawda przynajmniej pośredniej prośby wiernego, wyrażonej, kiedy wierny był przytomny na umyśle⁶⁶). Warto nadmienić, że kilka aktów regulujących stosunki państwa i związków wyznaniowych jednoznacznie wskazuje, że uczestniczenie w obrzędach

⁶³ Ibidem, s. 148-149.

⁶⁴ Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Katowice 2017, s. 53, nb 43, <https://www.kdsz.pl/wp-content/uploads/dok/Nowa%20Karta%20Pracownik%C3%B3w%20S%C5%82u%C5%BCby%20Zdrowia/nowa%20karta%20pracownik%C3%B3w%20s%C5%82uz%C5%82by%20zdrowia.pdf>, [dostęp: 11.10.2025 r.].

⁶⁵ T.J. Zieliński, *Art. 16...*, s. 136.

⁶⁶ Kan. 1004-1006 Kodeksu prawa kanonicznego promulgowanego dnia 25 stycznia 1983 przez Jana Pawła II.

i czynnościach religijnych przez dzieci i młodzież może odbywać się tylko zgodnie z życzeniem rodziców (opiekunów prawnych) lub samych dzieci i młodzieży – tak stanowią ustawy partykularne i wydane do nich rozporządzenia w regulacjach dotyczących dzieci i młodzieży ewangelicko-augsburskiej⁶⁷, ewangelicko-metodystycznej⁶⁸, baptystycznej⁶⁹, polskokatolickiej⁷⁰ i zielonoświątkowej⁷¹ (do 31 sierpnia 2022 r. także adwentystycznej, lecz o nieco obszerniejszej regulacji⁷²: w stosunku do osób uczęszczających do szkoły podstawowej życzenie takie powinni wyrazić rodzice albo opiekunowie prawni tych osób, natomiast w stosunku do osób, które ukończyły szkołę podstawową, ale nie ukończyły 18 r. ż. życzenie takie może wyrazić sama osoba bądź rodzice lub opiekunowie prawni).

Odnosnie do kwestii praktycznych, należy wskazać, że: „Aby nie czynić opieki duszpasterskiej iluzoryczną musi wpisywać się ona w czasowe

⁶⁷ § 1 Zarządzenia Ministra Edukacji Narodowej oraz Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 28 listopada 1995 r. w sprawie warunków zapewniania prawa wykonywania praktyk religijnych i uczestniczenia w nauczaniu religii dzieciom i młodzieży wyznania ewangelicko-augsburskiego, przebywającym w zakładach opiekuńczych i wychowawczych, sanatoriach, prewentoriach i szpitalach (M.P. z 1995 r., poz. 743).

⁶⁸ § 1 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej oraz Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 14 października 1996 r. w sprawie zasad organizowania nauczania kościelnego, nabożeństw i wykonywania innych praktyk religijnych właściwych dla wyznania ewangelicko-metodystycznego dzieciom i młodzieży przebywającym w zakładach wychowawczych i opiekuńczych, w sanatoriach, prewentoriach i szpitalach oraz korzystającym z zorganizowanego wypoczynku (Dz.U. z 1996 r., poz. 630).

⁶⁹ § 1 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej oraz Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 14 października 1996 r. w sprawie zasad organizowania nabożeństw i katechizacji oraz wykonywania innych praktyk religijnych, właściwych dla wyznania baptystycznego, dzieciom i młodzieży przebywającym w zakładach wychowawczych i opiekuńczych, w sanatoriach, prewentoriach i szpitalach oraz korzystającym z zorganizowanych form wypoczynku (Dz.U. z 1996 r., poz. 631).

⁷⁰ § 1 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej oraz Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 14 października 1996 r. w sprawie zasad organizowania nabożeństw, katechizacji i wykonywania innych praktyk religijnych właściwych dla wyznania polskokatolickiego dzieciom i młodzieży przebywającym w zakładach wychowawczych i opiekuńczych, w sanatoriach, prewentoriach i szpitalach oraz korzystającym z zorganizowanego wypoczynku (Dz.U. z 1996 r., poz. 632).

⁷¹ § 2 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej, Ministra Zdrowia, Ministra Pracy i Polityki Społecznej oraz Ministra Sprawiedliwości z dnia 31 lipca 2012 r. w sprawie sposobu organizowania nauczania kościelnego, nabożeństw i wykonywania innych praktyk religijnych właściwych dla wyznania zielonoświątkowego dzieciom i młodzieży (Dz.U. z 2012 r., poz. 932).

⁷² § 2 ust. 2 Rozporządzenia Ministrów: Zdrowia, Edukacji Narodowej oraz Sprawiedliwości z dnia 4 kwietnia 2000 r. w sprawie zasad organizowania wykonywania praktyk religijnych właściwych dla wyznania adwentystycznego (Dz.U. z 2000 r., poz. 391).

funkcjonowanie podmiotu leczniczego w taki sposób, aby nie kolidować, np. z godzinami obchodu lekarskiego czy wydawania posiłków”⁷³. Ponadto, obrzędy religijne powinny być przeprowadzane w taki sposób, aby nie zakłócać spokoju innym pacjentom⁷⁴.

W kwestii ograniczeń prawa pacjenta do uczestniczenia w obrzędach i czynnościach religijnych oraz korzystania z usług religijnych, zastosowanie może znaleźć tu art. 5 u.p.p. (aktualne pozostają jednak uwagi zasygnalizowane na końcu 3 rozdziału).

5. Umożliwienie pacjentowi praktykowania indywidualnego poprzez uprawianie kultu, modlitwę i inne dozwolone formy

Obowiązek ten dotyczy wszystkich podmiotów leczniczych prowadzących zakłady lecznicze, niezależnie od tego, czy są one publiczne czy prywatne.

Źródeł prawa każdego człowieka do praktykowania indywidualnego religii poszukiwać należy już w Konstytucji RP (wolność uzewnętrzniania religii – art. 53 ust. 2). Prawo gwarantowane jest także w art. 9 ust. 1 EKPCz⁷⁵.

Prawo pacjenta do indywidualnego praktykowania religijnego nie jest ograniczone do religii mających uregulowane stosunki z państwem, dotyczy też wyznań niezarejestrowanych.

Po stronie podmiotu leczniczego ciąży niewątpliwie obowiązek znośnienia indywidualnego praktykowania religii przez pacjenta. Z przepisów prawa nie wynikają bezpośrednio konkretne pozytywne obowiązki podmiotu leczniczego w tym zakresie (poza umożliwieniem pacjentowi kontaktu z duchownym). Brak jest w szczególności norm prawnych sugere-

⁷³ A. Pielak, K. Szczucki, *Rozdział 10...*, s. 567-568; zob. informacje dot. prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej na stronie internetowej Rzecznika Praw Pacjenta, <https://www.gov.pl/web/rpp/prawo-do-opieki-duszpasterskiej>, [dostęp: 11.10.2025 r.].

⁷⁴ Zob. informacje dot. prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej na stronie internetowej Rzecznika Praw Pacjenta, <https://www.gov.pl/web/rpp/prawo-do-opieki-duszpasterskiej>, [dostęp: 11.10.2025 r.].

⁷⁵ Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., zmieniona następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełniona Protokołem nr 2 (Dz.U. z 1993 r., poz. 284 ze zm.).

rujących, że personel medyczny musi w jakiś sposób pomóc pacjentowi w praktykowaniu religii. Nie można jednak wykluczyć, że w związku z ukształtowaną w orzecznictwie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka koncepcją obowiązków pozytywnych, w pewnych sytuacjach (jeśli realizacja określonego prawa jest w określonych okolicznościach niemożliwa bez pozytywnego zaangażowania ze strony państwa), mogą pojawić się w toku stosowania prawa obowiązki pozytywne, których celem będzie umożliwienie pacjentowi praktykowania indywidualnego.

Możliwość indywidualnego praktykowania religii, jako prawo człowieka, podlega ograniczeniom tylko pod warunkiem dochowania określonych w przepisach wymogów.

Możliwa i problematyczna wydaje się sytuacja, gdy praktykowanie przez pacjenta religii narusza w jakiś sposób prawa innych osób. Niewątpliwie niewłaściwym byłoby w takiej sytuacji uznanie, że podmiot leczniczy zobowiązany byłby automatycznie do ograniczenia prawa pacjenta do praktykowania religii, działając zgodnie z art. 5 u.p.p. Przy ograniczaniu bowiem praw należy się kierować koniecznością zachowania właściwej proporcji pomiędzy dotkliwością ograniczenia i chronioną wartością. Gdy niemożliwym byłoby pogodzenie wolności uzewnętrzniania religii przez pacjenta z prawami i wolnościami innych osób, każdorazowo w takiej sytuacji należałoby wyważyć, które z praw lub wolności powinno podlegać ograniczeniu.

6. Umożliwienie kościołom i związkom wyznaniowym prowadzenia zbiorowych praktyk religijnych lub nauczania, a także umożliwienie pacjentowi uczestniczenia w nich

Obowiązek ten dotyczy wszystkich podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej. Podmioty publiczne mają obowiązek w niektórych przypadkach przeznaczyć na ten cel kaplicę lub inne pomieszczenia (szerzej o tym w rozdziale 8 artykułu).

Aneta Maria Abramowicz wskazuje, że „Dla zabezpieczenia prawa do uczestniczenia w praktykach religijnych oraz prawa do pomocy religij-

nej osób przebywających w publicznych zakładach opieki zdrowotnej w polskim systemie gwarantowane jest związkom wyznaniowym prawo do prowadzenia działalności duszpasterskiej we wskazanych placówkach”⁷⁶. Zgodnie z art. 19 ust. 2 pkt 2-3 i pkt 10 u.g.w., kościoły i inne związki wyznaniowe mają prawo do organizowania i publicznego sprawowania kultu, organizowania obrzędów, zgromadzeń religijnych i prowadzenia posługi religijnej (także w zakładach służby zdrowia), a także do nauczania religii i głoszenia jej. Prawom tym odpowiada prawo wiernych do uczestniczenia w tych aktach (art. 2 pkt 2 u.g.w.). Zgodnie z art. 18 u.g.w., opisane prawa kościołów i związków wyznaniowych przysługują jedynie kościołom i związkom wyznaniowym o uregulowanej sytuacji prawnej, z wyłączeniem jednak tych, których sytuacja prawna została uregulowana odrębnymi ustawami (chyba że ustawy te nie przewidują tych uprawnień).

Prawo każdego człowieka do zbiorowego praktykowania religii gwarantuje już Konstytucja (wolność uzewnętrzniania religii – art. 53 ust. 2). Gwarantowane jest także w EKPCz (art. 9 ust. 1). Ponadto, zbiorowe praktykowanie religii lub uczestniczenie w nauczaniu jest elementem opieki duszpasterskiej, do której prawo ma pacjent zgodnie z normą wyrażoną w art. 36 u.p.p.

Należy zwrócić uwagę na regulacje zawarte w ustawach o stosunku Państwa do kościołów i związków wyznaniowych oraz wydanych na ich podstawie rozporządzeniach, które pozostają *lex specialis* w stosunku do opisanych wyżej regulacji zawartych w u.g.w. Prawie wszystkie powojenne ustawy partykularne (jedynie za wyjątkiem ustawy żydowskiej) gwarantują pacjentom przebywającym w zakładach prowadzonych przez podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej (niektóre z ustaw stanowią o wszystkich zakładach leczniczych, inne o zakładach opieki zdrowotnej – ustawodawca nie jest w tym zakresie konsekwentny) prawo do wykonywania praktyk religijnych i korzystania z opieki duszpasterskiej (zamiast „opieki duszpasterskiej”

⁷⁶ A.M. Abramowicz, *Równouprawnienie związków wyznaniowych w prawie polskim*, Lublin 2018, s. 277.

ustawa katolicka i ustawa prawosławna⁷⁷ posługują się pojęciem „posługi religijnej”). Niektóre regulacje wprowadzają katalog uprawnień pacjentów – przykładowo Konkordat wskazuje, że pacjentom w szczególności należy zapewnić możliwość uczestniczenia we Mszy świętej w niedziele i święta oraz w katechizacji i rekolekcjach, a ustawa adwentystyczna⁷⁸ wskazuje, że prawo do wykonywania praktyk religijnych może realizować się na przykład poprzez udział w nabożeństwach i innych praktykach religijnych, udział w nauczaniu kościelnym oraz udział w spotkaniach o charakterze wychowawczo-religijnym prowadzonych przez osoby duchowne i świeckie tego wyznania. Niektóre akty prawa regulujące stosunki Państwa oraz kościołów i związków wyznaniowych (ustawy lub wydane na ich podstawie rozporządzenia wykonawcze) zawierają odrębne postanowienia dotyczące dzieci i młodzieży, przyznając im *expressis verbis* uprawnienia nieprzyznane pacjentom dorosłym. Dzieci i młodzież katolicka, ewangelicko-augsburska, ewangelicko-metodystyczna, baptystyczna, adwentystyczna, polskokatolicka, zielonoświątkowa mają prawo do udziału w rekolekcjach (w przypadku adwentystów dorośli również posiadają takie uprawnienie), dzieci i młodzież ewangelicko-augsburska, ewangelicko-metodystyczna, baptystyczna, adwentystyczna, polskokatolicka, zielonoświątkowa mają prawo do udziału w spotkaniach o charakterze wychowawczo-religijnym z duchownymi i świeckimi (w przypadku adwentystów dorośli również posiadają takie uprawnienie), a jedynie dzieciom i młodzieży ewangelicko-augsburskiej, baptystycznej i zielonoświątkowej podmiot leczniczy musi zapewnić opiekę podczas ich udziału w zbiorowych praktykach religijnych i nauczaniu (wnioskując *a contrario* w przypadku dzieci innych wyznań na podmiotach leczniczych, nie ciążyć będzie obowiązek opieki). Ponadto, dzieciom i młodzieży wyznania baptystycznego należy umożliwić w szczególności udział w nabożeństwach także w zborach Kościoła.

⁷⁷ Ustawa z dnia 4 lipca 1991 r. o stosunku Państwa do Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 544).

⁷⁸ Ustawa o stosunku Państwa do Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2022 r., poz. 2616).

Możliwość zbiorowego praktykowania religii, jako prawo człowieka, może podlegać tylko stosownym ograniczeniom wyrażonym w ustawie (zgodnie z regułami określonymi w art. 31 ust. 3 Konstytucji RP i art. 9 ust. 2 EKPCz).

7. Zatrudnianie kapelanów

Obowiązek zatrudniania kapelanów przez podmioty lecznicze uregulowany został w niektórych ustawach regulujących stosunki państwa z kościołami i związkami wyznaniowymi. W związku z normami wynikającymi z art. 17 ust. 3 Konkordatu, art. 31 ust. 2 ustawy katolickiej oraz art. 27 ust. 2 ustawy prawosławnej, kierownicy podmiotów leczniczych prowadzonych przez Skarb Państwa albo jednostkę samorządu terytorialnego wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, są zobowiązani zatrudnić kapelanów skierowanych przez właściwego miejscowo biskupa diecezjalnego⁷⁹. „Podobną gwarancję, aczkolwiek bez obowiązku zatrudniania, zawiera: art. 20 ust. 3 ustawy z 30.6.1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Ewangelicko-Methodystycznego w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2014 r. poz. 1712), gdzie do wyznaczenia kapelanów w podmiotach, domach i zakładach prowadzonych przez administrację rządową lub samorządową uprawniony jest zwierzchnik Kościoła; art. 17 ust. 3 ustawy z 30.6.1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Polskokatolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2014 r. poz. 1599), w którym kompetencja wyznaczenia kapelana została przyznana Radzie Synodalnej oraz art. 18 ust. 3 ustawy z 30.6.1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego (t.j. Dz.U. z 2014 r. poz. 1889), według którego kompetencja do wyznaczenia kapelanów przysługuje władzy kościelnej”⁸⁰.

Podmiot leczniczy prowadzony przez Skarb Państwa lub jednostkę samorządu terytorialnego wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ma obowiązek zatrud-

⁷⁹ A. Pielak, K. Szczucki, *Rozdział 10...*, s. 566.

⁸⁰ Ibidem.

nienia kapelana Kościoła Katolickiego, jeśli władza kościelna takiego wyznaczy (analogicznie należy to stosować do kapłana Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego). Z dosłownego brzmienia przepisów wynika, że podmioty lecznicze nie mają wpływu na personalną obsadę stanowiska i zobowiązane są zatrudnić tę osobę, którą wyznaczy właściwa władza kościelna. W przypadku niektórych związków wyznaniowych (Kościół Ewangelicko-Methodystyczny, Kościół Polskokatolicki, Kościół Adwentystów Dnia Siódmego) właściwa władza kościelna może wyznaczyć kapelana w celu zaspokajania religijnych potrzeb wiernych przebywających w zakładzie leczniczym – z tym jednak zastrzeżeniem, że podmiot leczniczy nie musi ich zatrudniać, niemniej musi znosić ich działalność w szpitalu. Jak wskazuje M. Ożóg, *de lege lata* nie istnieje przepis rangi ustawowej, który regulowałby możliwość zatrudniania kapelanów innych wyznań⁸¹. Wydaje się, że przez wzgląd na art. 25 ust. 1 Konstytucji RP (zasada równouprawnienia kościołów i związków wyznaniowych⁸²) należy uznać, że kapelani innych związków wyznaniowych niż rzymskokatolicki i prawosławny również mogą być zatrudnieni jako kapelani przez podmioty lecznicze.

Zgodnie z orzecnictwem sądów powszechnych, podstawą zatrudnienia kapelana nie musi być umowa o pracę – praca może być świadczona także na podstawie umów cywilnoprawnych⁸³. Nie ma również przeszkód, aby kapelan świadczył posługę na zasadzie wolontariatu. O podstawie prawnej zatrudnienia powinny decydować zainteresowane strony, kierując się sposobem realizacji zobowiązania⁸⁴. Taka interpretacja znajduje też potwierdzenie w literaturze: „Pojęcie »zatrudnienia« należy rozumieć

⁸¹ M. Ożóg, *Finansowanie duszpasterstwa specjalnego w podmiotach leczniczych* [w:] *Kwestie majątkowe w prawie wyznaniowym*, red. M. Bielecki, Lublin 2018, s. 62; Tenże, *Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej w świetle konstytucyjnej zasady równouprawnienia kościołów i innych związków wyznaniowych*, „Studia z Prawa Wyznaniowego” 2016, t. 19, s. 224.

⁸² Szerzej nt. równouprawnienia kościołów i związków wyznaniowych zob. A.M. Abramowicz, *Równouprawnienie...*; A. Mezglewski, H. Misztal, P. Stanisławski, *Prawo wyznaniowe*, Warszawa 2011, str. 76-78; P. Tuleja, *Art. 25. [Zasada równouprawnienia, autonomii kościołów i związków wyznaniowych oraz bezstronności państwa]* [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. P. Tuleja, Warszawa 2023, s. 103-108.

⁸³ Wyrok SN z dnia 09.12.1999 r., sygn. I PKN 432/99, OSNP 2001, nr 9, poz. 310.

⁸⁴ Wyrok SN z dnia 13.04.2000 r., sygn. I PKN 594/99, OSNP 2001, nr 21, poz. 637.

szeroko (tak m.in.: wyr. SN z 9.12.1999 r., I PKN 432/99, OSNP 2001, Nr 9, poz. 310; wyr. SN z 13.4.2000 r., I PKN 594/99, OSNP 2001, Nr 21, poz. 637; wyr. SN z 5.12.2000 r., I PKN 133/00, OSNP 2002, Nr 14, poz. 326), a zatem kapelani wyżej wskazanych kościołów wykonują swoje funkcje i są za nie wynagradzani na podstawie umowy o pracę lub na podstawie umów cywilnoprawnych (w przypadku Kościoła katolickiego wymóg zawarcia »stosownej umowy« został wskazany wprost w art. 17 ust. 3 Konkordatu)⁸⁵. W praktyce, „zwykle zatrudnia się kapelanów w publicznych podmiotach leczniczych na określoną część etatu, aby w ten sposób zagwarantować pacjentom prawo do opieki duszpasterskiej”⁸⁶.

Możliwe jest zatrudnianie przez podmiot leczniczy nawet kilku duchownych jednego wyznania⁸⁷ (przy czym należy wskazać, że żadna norma prawa powszechnie obowiązującego nie przewiduje takiego obowiązku, nawet w przypadku dużej ilości wiernych w danym zakładzie leczniczym). Można także zatrudniać w jednym podmiocie leczniczym równocześnie kapelanów różnych wyznań⁸⁸. Sytuacje takie będą uzależnione od potrzeb w danym podmiocie leczniczym.

Formułując postulaty *de lege ferenda*, należy zgodzić się z M. Ożógiem, że w związku z brakiem jasnej podstawy prawnej do zatrudniania kapelanów wyznań innych kościołów niż rzymskokatolicki i prawosławny, „konieczne wydaje się zagwarantowanie na poziomie ustawowym dopuszczalności zatrudniania kapelanów przez wszystkie wspólnoty religijne. Najlepiej byłoby tego dokonać w ramach nowelizacji przepisów u.g.w.s.w.”⁸⁹

8. Udostępnianie kaplicy lub innych pomieszczeń

Kierownicy podmiotów leczniczych utworzonych i prowadzonych przez Skarb Państwa albo jednostkę samorządu terytorialnego, wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia

⁸⁵ G. Gura, *Rozdział 10...*, s. 148-149.

⁸⁶ M. Ożóg, *Finansowanie...*, s. 63.

⁸⁷ Ibidem.

⁸⁸ Ibidem.

⁸⁹ Ibidem, s. 64.

zdrowotne, w celu realizacji prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej zobowiązani są „do przeznaczania odpowiednich pomieszczeń na kaplice albo udostępnienia do wykonywania praktyk religijnych i korzystania z posług religijnych innych pomieszczeń w celu wykonywania opieki duszpasterskiej prowadzonej w ramach: Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego (art. 27 ust. 2 PolAutKoścPrawU), Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego (art. 22 ust. 1 KoścEwAugU), Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego (art. 18 ust. 4 KoścAdwU), Kościoła Chrześcijan Baptystów (art. 19 ust. 3 KoścChrzBaptU), Kościoła Ewangelicko-Methodystycznego (art. 20 ust. 2 KoścEwMetU), Kościoła Polskokatolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej (art. 17 ust. 2 KoścPolskokatU), Kościoła Zielonoświątkowego (art. 19 ust. 4 KoścZielU) oraz Kościoła Rzymskokatolickiego, z tą różnicą, że w tym przypadku udostępnienie innego pomieszczenia zamiast kaplicy jest możliwe tylko w wyjątkowych wypadkach (art. 31 ust. 3 KoścKatU)”⁹⁰. Obowiązku takiego nie zagwarantowano wobec wielu związków wyznaniowych, choćby wobec gmin wyznaniowych żydowskich⁹¹. Zdaniem T.J. Zielińskiego, ograniczenie prawa do korzystania z kaplicy tylko dla związków wyznaniowych, które mają to zagwarantowane w ustawie, narusza konstytucyjną zasadę równouprawnienia związków wyznaniowych (art. 25 ust. 1 Konstytucji)⁹², co uzasadnia rozszerzenie tego prawa na inne kościoły i związki wyznaniowe.

Szczególną uwagę w zakresie obowiązku udostępniania kaplicy kościołom i związkom wyznaniowym zwraca uwagę ustawa ewangelicko-augsburska⁹³. Zgodnie z art. 22 ust. 1 i 2, kierownicy podmiotów leczniczych wykonujących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej oraz zamkniętych zakładach pomocy społecznej zobowiązani są udostępnić kaplice lub inne pomieszczenia na cel wykonywania praktyk religijnych i korzystania z opieki duszpasterskiej. Zgodnie więc z dosłownym brzmieniem przepisów nie-

⁹⁰ G. Gura, *Rozdział 10...*, s. 148-149.

⁹¹ T.J. Zieliński, *Art. 16...*, s. 136.

⁹² Ibidem.

⁹³ Ustawa z dnia 13 maja 1994 r. o stosunku Państwa do Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 509).

wprowadzających rozróżnienia na kierowników jednostek państwowych i samorządowych oraz jednostek prywatnych, obowiązek ten ciąży więc także na podmiotach niepublicznych⁹⁴. Podobne prawo, zobowiązujące kierowników podmiotów leczniczych do udostępnienia kaplic lub innych pomieszczeń na cele wykonywania praktyk religijnych i opieki duszpasterskiej zostało zagwarantowane siedmiu innym Kościołom – katolickiemu, prawosławnemu, ewangelicko-metodystycznemu, polskokatolickiemu, zielonoświątkowemu, baptystycznemu i adwentystycznemu⁹⁵ – wobec nich obowiązek ten został ograniczony *expressis verbis* do kierowników jednostek rządowych lub samorządowych (tudzież publicznych).

W związku z tym, że podmiot leczniczy jest odpowiedzialny za udostępnianie kaplicy przedstawicielom różnych religii, jest on także ostatecznie odpowiedzialny za jej zarząd (choć nic nie stoi na przeszkodzie zleceniu bieżącego zarządu nad kaplicą zatrudnionemu w podmiocie leczniczym kapelanowi, bowiem zarządzanie kaplicą będzie mieścić się w zakresie prowadzenia opieki duszpasterskiej, do której zobowiązany jest kapelan).

Wątpliwości budzi niejasna kwestia, jak wyposażona ma być kaplica i czy podmiot leczniczy jest odpowiedzialny za jej wyposażenie. Wydaje się, że *de lege lata* brak jest przepisów nakładających na podmiot leczniczy obowiązku każdorazowego wyposażania kaplicy lub innych pomieszczeń w przedmioty potrzebne do uprawiania kultu właściwych dla danego wyznania. Jediną ustawą, z której można próbować wywodzić obowiązek wyposażenia kaplicy, jest ustawa zielonoświątkowa⁹⁶, która w art. 19 ust. 4 nakłada na kierowników podmiotów leczniczych obowiązek udostępnienia „odpowiednio przystosowanych pomieszczeń” na cel wykonywania praktyk religijnych oraz korzystania z posług religijnych – jednakże uznanie, że treść tego przepisu konstruuje obowiązek przygotowania przez podmiot leczniczy przedmiotów potrzebnych do uprawiania kultu, mogłoby być nadinterpretacją. Należy uznać, że zarówno w przypadku

⁹⁴ Por. J. Kabza, *Art. 22 [w:] Prawo Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego. Komentarz*, red. J. Cebula, Warszawa 2017, nb 8.

⁹⁵ Ibidem, nb 9.

⁹⁶ Ustawa z dnia 20 lutego 1997 r. o stosunku Państwa do Kościoła Zielonoświątkowego w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2015 r., poz. 13).

Kościół zielonoświątkowy, jak i innych związków wyznaniowych mających prawo do korzystania z kaplicy lub innych pomieszczeń, ustawodawcy chodzi raczej o przygotowanie pomieszczenia, w którym możliwe jest praktykowanie religijne – a więc pomieszczenia, nie przedmiotów służących sprawowaniu kultu. Chodzić więc będzie o zapewnienie wydzielonego od innych pomieszczenia, w którym można będzie sprawować niezakłócony kult, w którym będzie mogła przebywać właściwa liczba osób i w którym będzie można godnie uprawiać kult (czyli że nie będzie to jednocześnie np. magazyn). W związku z tym, że kaplica (lub odpowiednie pomieszczenie) może być wykorzystywana przez wiernych różnych religii, powinna być zorganizowana w taki sposób, aby dało się ją dostosować do obrzędów lub nauczania właściwych dla różnych wyznań – tytułem przykładu, kaplica standardowo użytkowana przez katolików obrządku rzymskiego zawierać może liczne obrazy przedstawiające wizerunki Boga i świętych, lecz powinny one być zdejmowalne lub możliwe do zasłonięcia na wypadek użytkowania kaplicy przez wyznawców religii uznającej ikonoklazm. Oczywiście szpital może też przeznaczyć więcej niż jedno pomieszczenie w celu urządzenia w nich kaplic, które będą mieć różny wystrój właściwy dla danego wyznania, jednakże wydaje się to trudne w praktyce i nieuzasadnione ekonomicznie⁹⁷.

W związku z normą wynikającą z art. 38 u.p.p., za korzystanie z kaplicy lub innych pomieszczeń w związku z prowadzeniem opieki duszpasterskiej na rzecz osób przebywających w zakładach leczniczych przez uprawnione związki wyznaniowe podmiot leczniczy nie może pobierać opłat.

9. Finansowanie opieki duszpasterskiej

Zgodnie z ogólnie sformułowaną normą wynikającą z art. 38 u.p.p., koszty realizacji prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej ponosi podmiot leczniczy, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej⁹⁸. G. Gura wska-

⁹⁷ Kilka pomieszczeń przeznaczonych do sprawowania kultu ulokowano jednak na Lotnisku Chopina w Warszawie, <https://www.lotnisko-chopina.pl/pl/kapelania.html>, [dostęp: 11.10.2025 r.].

⁹⁸ W obecnym stanie prawnym brak jest przewidzianych w ustawie przepisów odrębnych; por. A. Pielak, K. Szczucki, *Rozdział 10...*, s. 571.

zuje, że: „Koszty realizacji praw pacjenta wskazanych w art. 36 oraz 37 PrPacjU w sposób bezpośredni obciążają podmioty wykonujące działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów DziałLeczU. (...) Koszty te obciążają pośrednio jednostki tworzące lub prowadzące dany podmiot leczniczy oraz pozostające z nim w powiązaniu kapitałowym”⁹⁹. W doktrynie formuluje się postulaty, że należy ograniczyć obowiązek zagwarantowania prawa do opieki duszpasterskiej względem wspólnot religijnych mających ukształtowany stan prawny w Polsce w związku z ryzykiem wyludzenia środków pieniężnych przez zreszlenia pozorujące wspólnoty religijne¹⁰⁰. W związku z tym, że prawo do organizowania i publicznego sprawowania kultu, organizowania obrzędów, zgromadzeń religijnych i prowadzenia posługi religijnej (także w zakładach służby zdrowia), a także do nauczania religii i głoszenia jej w podmiotach leczniczych przysługuje jedynie kościołom i związkom wyznaniowym o uregulowanej sytuacji prawnej w Polsce, niewątpliwie ich działalność musi być finansowana.

Odnosnie do obowiązku podmiotu leczniczego do umożliwienia prowadzenia zbiorowych praktyk religijnych lub nauczania, a także umożliwienia pacjentowi uczestniczenia w nich, w zakresie finansowania należy wskazać, że jeśli zbiorowe praktyki religijne lub nauczanie mieści się w granicach opieki duszpasterskiej pacjenta, zgodnie z art. 38 u.p.p. ich koszty powinien ponosić podmiot leczniczy. W praktyce koszty te mogą ograniczać się na ogół do opłacenia posługi zatrudnionego kapelana i utrzymania kaplicy. Można wyobrazić sobie jednak sytuację, kiedy prowadzenie przez kościoły i inne związki wyznaniowe zbiorowych praktyk religijnych i nauczania w budynku podmiotu leczniczego nie będzie mieścić się w zakresie sprawowania opieki duszpasterskiej wobec jego pacjentów (na przykład są to praktyki religijne lub nauczanie przeznaczone jedynie dla personelu szpitala) – wtedy podmiot leczniczy nie będzie zobowiązany do finansowania takich praktyk.

W literaturze przedmiotu wskazuje się na problemy związane z finansowaniem opieki duszpasterskiej. G. Gura zauważa, że: „W budżecie pań-

⁹⁹ G. Gura, *Rozdział 10...*, s. 153.

¹⁰⁰ A. Pielak, K. Szczucki, *Rozdział 10...*, s. 571.

stwa w części przewidzianej na zdrowie nie przewiduje się środków na realizację prawa do opieki duszpasterskiej, chociaż podmioty lecznicze zostały zobowiązane do jego zagwarantowania, co powoduje dysfunkcjonalność modelu prawa do opieki duszpasterskiej w podmiotach leczniczych. Sytuacja ta przedstawia się niekorzystnie na tle regulacji organizacyjno-finansowych innych duszpasterstw w Polsce”¹⁰¹. Na problem ten zwraca również uwagę Dariusz Walencik: „z części centralnej budżetu państwa przeznaczonej na służbę zdrowia, z wyjątkiem placówek MSWiA, nie są przekazywane środki na finansowanie kapelanów udzielających posług duszpasterskich w podmiotach leczniczych”¹⁰². Jak postuluje M. Ożóg, ustawodawca powinien ustanowić w budżecie państwa środki finansowe przeznaczone na realizację prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej. „Zobowiązanie podmiotów leczniczych do ponoszenia kosztów realizacji prawa do duszpasterstwa specjalnego pacjentów bez przeznaczenia na ten cel odpowiednich środków finansowych nie wydaje się rozwiązaniem funkcjonalnym. Organy prowadzące podmioty lecznicze pozostają bowiem w obliczu trudności wygospodarowania na ten cel odpowiednich środków pieniężnych. Jest to również stan niezadowalający z punktu widzenia zagwarantowania statusu pacjenta, a każdemu należy zagwarantować prawo do pomocy religijnej, tam, gdzie się znajduje (art. 53 ust. 2 zd. 2 in fine Konstytucji)”¹⁰³.

Korzystanie z kaplicy (lub innych pomieszczeń) związane jest z praktykowaniem religii lub korzystaniem z opieki duszpasterskiej, zgodnie więc z normą wyrażoną w art. 38 u.p.p. podmiot leczniczy zobowiązany jest ponosić koszty jej utrzymania.

10. Wnioski końcowe

Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej w świetle statystyk mówiących o religijności mieszkańców Polski oraz ze względu na specyfikę zamkniętego charakteru zakładów leczniczych pozostaje kwestią społecz-

¹⁰¹ M. Ożóg, *Finansowanie...*, s. 64.

¹⁰² D. Walencik, *Konkordat a sfera finansowo-majątkowa Kościoła katolickiego w Polsce* [w:] *Konkordat Polski 1993*, red. M. Winiarczyk-Kossakowska, Cz. Janik, P. Borecki, Warszawa 2019, s. 145.

¹⁰³ M. Ożóg, *Finansowanie...*, s. 64.

nie istotną. *Expressis verbis* prawo to przyznane jest pacjentom zakładów leczniczych w art. 36-38 u.p.p., jednak redakcja przepisu jest dosyć lakoniczna, rekonstrukcja treści prawa do opieki duszpasterskiej wymaga w aktualnym stanie prawnym zbadania wielu różnych aktów prawa różnej rangi, co może utrudniać pacjentowi korzystanie z przysługujących mu uprawnień, a podmiotowi leczniczemu wykonywanie związanych z nimi obowiązków.

Podsumowując ustalenia odnośnie do obowiązków podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej w zapewnieniu prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej, najistotniejszym jest niewątpliwie obowiązek podmiotu leczniczego do umożliwienia pacjentowi kontaktu z duchownym jego wyznania. Poza tym, podmiot leczniczy musi też umożliwić pacjentowi uczestniczenie w czynnościach i obrzędach religijnych oraz korzystanie z posług religijnych, musi także znosić to, że pacjent może praktykować swoją religię indywidualnie. Ponadto, podmiot leczniczy zobowiązany jest umożliwić kościołom i związkom wyznaniowym prowadzenie zbiorowych praktyk religijnych i nauczania oraz umożliwić pacjentowi uczestniczenie w nich. Co więcej, na niektórych podmiotach leczniczych ciąży obowiązek zatrudniania kapelanów oraz udostępniania kaplicy na potrzeby opieki duszpasterskiej osób przebywających w zakładzie leczniczym. Podmioty lecznicze muszą ponadto ponosić koszty związane z prawem pacjenta do opieki duszpasterskiej (choć zwracają uwagę problemy z pozyskiwaniem przez podmioty lecznicze środków na ten cel).

Analiza treści prawa do opieki duszpasterskiej prowadzi do wniosku, że wiele kwestii może jeszcze być przedmiotem dyskusji naukowej, a *de lege ferenda* wymagać może uszczegółowienia w przepisach prawa. Brak na przykład jednolitego stanowiska co do dopuszczalności sprawowania opieki duszpasterskiej w podmiotach leczniczych przez duchownych związków wyznaniowych o nieuregulowanej sytuacji prawnej. Także możliwość ograniczania wolności uzewnętrzniania religii w przypadku pacjentów nie jest uregulowana w sposób jednoznaczny. Szczególnie niejasne są kwestie związane z finansowaniem opieki duszpasterskiej przez podmioty

lecnicze. Przepisy prawa nie dają także jednoznacznej odpowiedzi, czy podmiot leczniczy powinien udostępnić kaplicę na potrzeby wszystkich, czy jedynie niektórych Kościołów i związków wyznaniowych.

Co ponadto zwraca uwagę, widoczne są różnice w gwarancjach prawa do opieki duszpasterskiej odnośnie do przedstawicieli różnych Kościołów i związków wyznaniowych, które zgodnie z przepisami Konstytucji RP pozostają równouprawnione. W niektórych przypadkach na podmiotach leczniczych ciążyą różne obowiązki w zależności od wyznania pacjenta. Ponadto, te same kwestie związane z prawami pacjentów do opieki duszpasterskiej uregulowane są w aktach różnej rangi (w ustawie, rozporządzeniu lub nawet zarządzeniu) – również w zależności od wyznania pacjenta – dotyczy to choćby kwestii uczestniczenia w obrzędach i czynnościach religijnych przez dzieci i młodzież przebywających w zakładach leczniczych. Należałoby postulować ujednolicenie tych kwestii w duchu równouprawnienia kościołów i związków wyznaniowych.

Bibliografia:

- Abramowicz A.M., *Równouprawnienie związków wyznaniowych w prawie polskim*, Lublin 2018.
- Bochenek K., *Zjawisko laicyzacji w społeczeństwie ponowoczesnym (konteksty filozoficzne)*, „Wschodni Rocznik Humanistyczny” 2019, t. XVI.
- Borecki P., *Położenie prawne wyznawców islamu w Polsce*, „Państwo i Prawo” 2008, nr 1.
- Bożewicz M., Centrum Badania Opinii Społecznej, *Religijność Polaków w ostatnich 20 latach*, „Komunikat z badań”, nr 50/2024, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2024/K_050_24.PDF, [dostęp: 11.10.2025 r.].
- Główny Urząd Statystyczny, *Wyznania religijne w Polsce 2019-2021*, Warszawa 2022, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/inne-opracowania/wyznania-religijne/wyznania-religijne-w-polsce-2019-2021,5,3.html>, [dostęp: 11.10.2025 r.].
- Godlewska D., Gebreselasie J., *Religia a zdrowie i choroba*, „Język. Religia. Tożsamość” 2015, nr 1 (17).
- Grabowska M., Centrum Badania Opinii Społecznej, *Polski pejzaż religijny – z dalekiego planu*, „Komunikat z badań”, nr 89/2022, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2022/K_089_22.PDF, [dostęp: 11.10.2025 r.].

Gura G., *Rozdział 10. Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej* [w:] Z. Cnota, G. Gura, T. Grabowski, E. Kurowska, *Zasady i tryb ustalania świadczeń/rozsążeń (odszkodowania i zadośćuczynienia) w przypadku zdarzeń medycznych. Komentarz*, Warszawa 2016.

<https://www.lotnisko-chopina.pl/pl/kapelania.html>, [dostęp: 11.10.2025 r.].

Informacje dot. prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej na stronie internetowej Rzecznika Praw Pacjenta, <https://www.gov.pl/web/rpp/prawo-do-opieki-duszpasterskiej>, [dostęp: 11.10.2025 r.].

Iyer S., Larcom S., She P-W., *Do Religious People Cope Better in a Crisis? Evidence from the UK Pandemic Lockdowns*, „Cambridge Working Papers in Economics”, nr 2403.

Kabza J., *Art. 22* [w:] *Prawo Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego. Komentarz*, red. J. Cebula, Warszawa 2017.

Klimasiński M., Płocka M., Neumann-Klimasińska N., *Wpływ duchowości lub religijności na długość życia człowieka*, „Medycyna Paliatywna” 2017, t. 9, nr 2.

Krzysztofek-Strzala K., *Prawa pacjentów muzułmanów w świetle ustawodawstwa polskiego, ze szczególnym uwzględnieniem ustawy o gwarancjach wolności sumienia i wyznania*, „Studia z Prawa Wyznaniowego” 2019, t. 22.

Mezglewski A., Misztal H., Stanisław P., *Prawo wyznaniowe*, Warszawa 2011.

Ożóg M., *Finansowanie duszpasterstwa specjalnego w podmiotach leczniczych* [w:] *Kwestie majątkowe w prawie wyznaniowym*, red. M. Bielecki, Lublin 2018.

Ożóg M., *Gwarancje wolności sumienia i wyznania w podmiotach leczniczych w Polsce*, Kraków 2019.

Ożóg M., *Postawa pracowników podmiotów leczniczych w kontekście realizacji prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej w Polsce*, „Przegląd Prawa Wyznaniowego” 2018, t. 10.

Ożóg M., *Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej w świetle konstytucyjnej zasady równouprawnienia kościołów i innych związków wyznaniowych*, „Studia z Prawa Wyznaniowego” 2016, t. 19.

Ożóg M., *Regulacje prawne dotyczące sprawowania opieki duszpasterskiej w placówkach leczniczych w okresie PRL z punktu widzenia problematyki źródeł prawa. Wybrane zagadnienia*, „Studia z Dziejów Państwa i Prawa Polskiego” 2017, t. XX.

- Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Katowice 2017, Nb 43, <https://www.kdsz.pl/wp-content/uploads/dok/Nowa%20Karta%20Pracownik%C3%B3w%20S%C5%82u%C5%BCby%20Zdrowia/nowa%20karta%20pracownik%C3%B3w%20s%C5%82uz%CC%87by%20zdrowia.pdf>, [dostęp: 11.10.2025 r].
- Pew Research Center, *The Age Gap in Religion around the World*, 2018, <https://www.pewresearch.org/religion/2018/06/13/the-age-gap-in-religion-around-the-world/>, [dostęp: 11.10.2025 r].
- Pielak A., Szczucki K., *Rozdział 10. Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej* [w:] *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. L. Bosek, Warszawa 2020.
- Strus Z., *Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 20 września 2013 r. w sprawie II CSK 1/13* „Forum Prawnicze” 2013, nr 5 (19).
- Śniecikowska A., Śniecikowski W., *Konstrukcja prawna podmiotu leczniczego pozostającego w zarządzie prywatnoprawnym i jego wpływ na realizację zadań publicznych* [w:] *Organizacja administracji publicznej z perspektywy powierzanych jej zadań*, red. T. Bąkowski, 2015.
- Tuleja P., *Art. 25. [Zasada równouprawnienia, autonomii kościołów i związków wyznaniowych oraz bezstronności państwa]* [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. P. Tuleja, Warszawa 2023.
- Walencik D., *Konkordat a sfera finansowo-majątkowa Kościoła katolickiego w Polsce* [w:] *Konkordat Polski 1993*, red. M. Winiarczyk-Kossakowska, Cz. Janik, P. Borecki, Warszawa 2019.
- Wenski P., *Rozważania nad standardami opieki duszpasterskiej w polskich szpitalach*, „Prawo i Medycyna” 2015, nr 1.
- Woźniak B., Zawisza K., Brzyska M., *Religia a zdrowie – o zależności między zaangażowaniem religijnym a funkcjonowaniem ciała w starszym wieku*, „Studia Socjologiczne” 2015, nr 2 (217).
- Zieliński T.J., *Art. 16. Posługi religijne dla osób przebywających w zakładach o obostrzonym rygorze pobytu* [w:] A. Czohara, T.J. Zieliński, *Ustawa o stosunku państwa do gmin wyznaniowych żydowskich w Polsce. Komentarz*, Warszawa 2012.
- Zołnierz J., Sak J., *Współczesne badania nad wpływem religijności na zdrowie człowieka*, „Journal of Education Health and Sport” 2017, t. 7, nr 4.

Summary

Obligations of healthcare facilities to ensure the patient's right to pastoral care

The patient's right to pastoral care, which is a manifestation of the constitutional right to benefit from religious services, was expressly granted in Articles 36-38 of the Act on Patients' Rights and the Patients' Ombudsman. However, the wording of these provisions is not comprehensive, which makes their interpretation difficult. This article reconstructs the patient's right to pastoral care within the entire legal system. Particular focus is placed on a selective discussion of normative regulations concerning the obligations of medical entities to ensure the patient's right to pastoral care. The aim of this publication is to formulate a proposition for the systemic interpretation of Articles 36-38 of the Act on Patients' Rights and the Patients' Ombudsman, and to formulate *de lege ferenda* postulates regarding them. This should lead to better awareness among patients about their rights and the responsibilities of a medical institution director.

Key words: patient's rights, pastoral care, religion, healthcare facility, chaplain, hospital

ADRIANNA ZAWADZKA

UNIWERSYTET WARSZAWSKI

ORCID: 0009-0008-8124-1696

Odpowiedzialność za wadę instrukcyjną produktu leczniczego w reżimie odpowiedzialności za produkt niebezpieczny. Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 18 listopada 2024 roku, sygn. akt VI ACa 379/19

DOI: 10.70537/PPM/221798

S t r e s z c z e n i e

Wyrokiem z dnia 18 listopada 2024 roku, sygn. akt VI ACa 379/19, Sąd Apelacyjny w Warszawie orzekł w sprawie odpowiedzialności za wadę instrukcyjną produktu leczniczego w reżimie odpowiedzialności za produkt niebezpieczny. Jest to pierwsze orzeczenie w polskim porządku prawnym, na mocy którego osoba zażywająca lek otrzyma zadośćuczynienie oraz odszkodowanie za skutki uboczne jego przyjmowania. Autorka glosy przeprowadza szczegółową analizę przepisów, na których Sąd oparł rozstrzygnięcie. W toku rozważań podnosi, że odpowiedzialność oparta na art. 449¹ k.c. ma charakter zamknięty pod względem podmiotowym. Oznacza to, że legitymacja bierna przysługuje wyłącznie faktycznemu wytwórcy, quasi-producentowi lub importerowi, a nie podmiotom pełniącym jedynie funkcje administracyjne, takim jak podmiot odpowiedzialny (MAH) bądź jego przedstawiciel. Kluczowym elementem publikacji jest rekonstrukcja pojęcia wady instrukcyjnej, którą autorka definiuje jako zaniechanie poinformowania konsumenta o ryzyku działań niepożądanych, o których producent posiadał wiedzę. Stwierdzenie jej wystąpienia jest, podobnie jak w przypadku ustalenia kręgu pozwanych, autonomiczne

względem spełnienia wymogów prawnoadministracyjnych, w tym za-
twierdzenia treści ulotki przez krajowy organ nadzoru. Autorka omawia
również specyfikę dowodzenia w procesach medycznych, aprobując sto-
sowanie dowodu *prima facie* oraz domniemań faktycznych w celu ustale-
nia związku przyczynowego między zażyciem produktu leczniczego
a wystąpieniem szkody. Glosa ma charakter aprobujący. Autorka zgadza
się ze stanowiskiem Sądu i wskazuje, że orzeczenie stanowi wyraz
troski o bezpieczeństwo konsumenta, nie naruszając jednocześnie praw
podmiotów pozwanych.

Słowa kluczowe: produkt leczniczy, związek przyczynowo-skutkowy,
odpowiedzialność za produkt niebezpieczny, wada instrukcyjna, bezpie-
czeństwo konsumenta

Tezy¹

1. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez produkt niebezpiecz-
ny na podstawie art. 449¹ i nast. k.c.² ma charakter zamknięty pod
względem podmiotowym. Podmiot odpowiedzialny (MAH) oraz jego
przedstawiciel, o których mowa w przepisach ustawy Prawo farmaceu-
tyczne³, nie ponoszą odpowiedzialności w tym reżimie, jeżeli nie moż-
na im przypisać statusu wytwórcy, quasi-producenta lub importera.
Rejestracja leku i posiadanie pozwolenia na dopuszczenie do obrotu
są aktami z zakresu prawa administracyjnego, które same w sobie nie
kreują legitymacji biernej w procesie cywilnym o naprawienie szkody
wyrządzonej przez produkt.
2. Bezpieczeństwo produktu leczniczego należy oceniać przez pryzmat
pełnej i rzetelnej informacji o ryzykach, którą dysponuje producent
w skali globalnej. Zaniechanie zamieszczenia w lokalnej ulotce ostrze-

¹ Tezy odautorskie wynikające z uzasadnienia wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 18.11.2024 r., sygn. VI ACa 379/19.

² Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1061 ze zm.), dalej jako: k.c.

³ Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 686 ze zm.), dalej jako: p.f.

żenia o ciężkich działaniach niepożądanych, o których producent posiada wiedzę z innych rynków, stanowi wadę instrukcyjną w rozumieniu art. 449¹ § 3 k.c. Producent nie może zwolnić się z odpowiedzialności, powołując się na zatwierdzenie treści ulotki przez krajowy organ nadzoru, gdyż standard cywilnoprawnej staranności informacyjnej jest autonomiczny wobec wymogów administracyjnych.

3. W sprawach o naprawienie szkód wywołanych przez produkt leczniczy o cechach produktu niebezpiecznego dopuszczalne jest oparcie związku przyczynowego na konstrukcji dowodu *prima facie* oraz domniemaniach faktycznych (art. 231 k.p.c.⁴). Brak bezpośrednich dowodów, w szczególności badań klinicznych potwierdzających rzadkie skutki uboczne, nie stoi na przeszkodzie przypisaniu odpowiedzialności producentowi, jeżeli wykazano, że zażycie leku było jedyną logiczną i adekwatną przyczyną wystąpienia szkody.

1. Wprowadzenie

Autorka przedstawia aprobującą głosę do wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 18 listopada 2024 roku⁵. Sąd dokonał w nim kompleksowej wykładni przepisów o odpowiedzialności za produkt niebezpieczny (art. 449¹ i nast. k.c.) w specyficznym kontekście sektora farmaceutycznego, w szczególności rozważając problematykę tzw. wady instrukcyjnej leku oraz specyfiki dowodzenia związku przyczynowego w procesach medycznych.

Zdaniem autorki, Sąd Apelacyjny słusznie rozstrzygnął sprawę co do zasady, utrzymując odpowiedzialność wytwórcy za szkodę wyrządzoną powódce. Za trafne i zasługujące na aprobatę należy uznać w szczególności stanowisko Sądu co do definicji wady instrukcyjnej produktu leczniczego. Przyjęcie przez Sąd, że brak ostrzeżenia w ulotce o ryzyku suicydalnym – znanym producentowi z innych rynków – stanowi o niebez-

⁴ Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1568 ze zm.), dalej jako: k.p.c.

⁵ Wyrok SA w Warszawie z dnia 18.11.2024 r., sygn. VI ACa 379/19, niepubl.

piecznym charakterze produktu, jest wyrazem ugruntowanego w orzecznictwie prymatu ochrony zdrowia i życia konsumenta.

Choć liberalizacja standardów dowodzenia istnienia związku przyczynowego mogła niegdyś budzić zastrzeżenia na gruncie tradycyjnej dogmatyki prawa cywilnego, obecnie w procesach medycznych stanowi ona powszechnie akceptowaną praktykę. W ten sposób uwzględnia się bowiem specyfikę procesów medycznych, w których rzadko możliwe jest przeprowadzenie dowodu o charakterze absolutnym, co uzasadnia oparcie się Sądu na domniemaniach faktycznych oraz dowodzie *prima facie*.

2. Stan faktyczny i istota sporu

Powódka w sprawie, W.S., czynna zawodowo prawniczka, od ok. 35. roku życia zmagala się z problemami zdrowotnymi, które pierwotnie (w latach 2002–2003) diagnozowano jako zespół depresyjny lub zaburzenia o niewyjaśnionej etiologii. W 2005 r. u pacjentki rozpoznano chorobę Parkinsona (prawostronny zespół parkinsonowski). Rozpoznanie to potwierdziło kilku niezależnych specjalistów neurologów, wskazując na objawy kliniczne w postaci hipomimii⁶, mikrografii⁷ oraz drżenia spoczynkowego⁸.

W procesie terapeutycznym W.S. ordynowano różne preparaty, w tym lewodopę oraz antagonistów dopaminy. W lipcu 2005 r. wdrożono leczenie produktem leczniczym Requip (substancja czynna: ropinirol). Po początkowej poprawie stanu fizycznego, u pacjentki zaczęły narastać zaburzenia afektywne i urojeniowe. W lipcu 2006 r. zdiagnozowano u niej zaburzenia urojeniowe i psychozę egzogenną. Po hospitalizacji psychiatrycznej na przełomie 2006 i 2007 r. lekarze podjęli decyzję o odstawie-

⁶ Termin neurologiczny określający zmniejszoną ekspresję mimiczną twarzy, objawiającą się jako ograniczenie lub spowolnienie naturalnych ruchów mięśni twarzy podczas wyrażania emocji – *Hipomimia* [w:] *Leksykon medyczny online*, <http://leksykon.com.pl/tag/hipomimia/>, [dostęp: 08.03.2026 r.].

⁷ Zaburzenie pisma polegające na stopniowym zmniejszaniu rozmiaru liter w trakcie pisania. Stanowi objaw neurologiczny charakterystyczny w chorobie Parkinsona – *Mikrografia* [w:] *Leksykon medyczny online*, <https://leksykon.com.pl/tag/mikrografia/>, [dostęp: 08.03.2026 r.].

⁸ Drżenie spoczynkowe to rytmiczne, mimowolne drgania, typowe dla choroby Parkinsona, występujące przede wszystkim wtedy, gdy mięśnie nie są zaangażowane w żadną aktywność – *Drżenie rąk* [w:] *Leksykon medyczny online*, <https://leksykon.com.pl/leksykon-chorob/drzenie-rak/>, [dostęp: 08.03.2026 r.].

niu agonistów dopaminy, co skutkowało ustąpieniem objawów psycho-tycznych, lecz jednocześnie nawrotem nasilonych drżeń i spowolnienia ruchowego.

W maju 2007 r., dążąc do poprawy sprawności fizycznej umożliwiającej pracę zawodową, pacjentka powróciła do stosowania leku Requip w systemie dawek wzrastających (tzw. opakowanie startowe), przy jednoczesnym przyjmowaniu leku neuroleptycznego (kwetiapina). W okresie bezpośrednio poprzedzającym zdarzenie, mimo towarzyszących deklaracji o dobrym samopoczuciu, otoczenie odnotowało u niej objawy pobudzenia i braku samokrytycyzmu.

W dniu 9 października 2007 r. W.S., znajdując się w stanie ostrej psychozy polekowej (wyłączającej świadome podejmowanie decyzji), podjęła nagłą próbę samobójczą, rzucając się pod pociąg metra. W wyniku wypadku doznała rozległych obrażeń wielonarządowych, w tym urazów czaszkowo-mózgowych oraz amputacji obu kończyn dolnych, co skutkowało całkowitą niepełnosprawnością i koniecznością stałej opieki osób trzecich. W związku ze zdarzeniem Prokuratura Rejonowa W.-Ż. wszczęła śledztwo o czyn z art. 151 k.k.⁹, a więc w sprawie doprowadzenia W.S. namową lub przez udzielenie pomocy do targnięcia się na własne życie, zostało ono jednak umorzone dnia 14 kwietnia 2008 r.

Zdarzenie drastycznie wpłynęło na sferę zawodową i ekonomiczną pokrzywdzonej. Przed wypadkiem, jako ceniony specjalista w renomowanej kancelarii, osiągała dochody rzędu 11 000 zł netto; po zdarzeniu jej możliwości zarobkowe ograniczyły się do pracy zdalnej przy wynagrodzeniu ok. 2 000–4 000 zł, uzupełnianym niskim świadczeniem rentowym. Aktualny stan zdrowia W.S. ulega stopniowemu pogorszeniu. Jej zdolność funkcjonowania po wypadku utrudnia dodatkowo zaostrzająca się choroba Parkinsona, w związku z którą nie jest w stanie m.in. chodzić o kulach w wyniku drżenia rąk.

Powódka nie potrafiła podać przyczyny wypadku. Analiza jej sytuacji życiowej w okresie poprzedzającym wypadek prowadzi do wniosku, iż nie znajdowała się ona w kryzysie osobistym ani zawodowym, który mógłby stanowić asumpt do podjęcia świadomej decyzji o samobójstwie; nie

⁹ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 383 ze zm.).

wskazywały też na to symptomy dotyczące zdrowia psychicznego pacjentki. Powyższe okoliczności, w zestawieniu z nagłym i gwałtownym charakterem zdarzenia, sprawiły, że W.S. zaczęła szukać informacji na temat przyjmowanych przez nią produktów leczniczych. W toku samodzielnie podjętych czynności dokonała kwerendy dostępnych źródeł medycznych i farmaceutycznych dotyczących leku Requip. Przeprowadzona analiza ujawniła zaniechania informacyjne po stronie pozwanego. Powódka ustaliła, że, przede wszystkim, polska ulotka dla pacjenta (zatwierdzona decyzjami Ministra Zdrowia, obowiązująca w 2007 r.) nie zawierała informacji o skutku ubocznym w postaci rzadkiego występowania prób samobójczych. Takie ostrzeżenie znajdowało się zaś w anglojęzycznych wersjach ulotki („*may cause suicide attempts (rare)*”) oraz anglojęzycznej Charakterystyce Produktu Leczniczego („*rare, suicide attempt*”).

W dniu 31 lipca 2010 r. pokrzywdzona podjęła próbę polubownego rozwiązania sporu, zwracając się do podmiotu odpowiedzialnego za wprowadzenie leku do obrotu oraz do wytwórcy produktu leczniczego o wypłatę odszkodowania, zadośćuczynienia i renty. Podmioty te nie udzieliły żadnej odpowiedzi. W związku z powyższym, pozwem z dnia 14 października 2010 r. W.S. wniosła o zasądzenie na jej rzecz od pozwanych solidarnie – podmiotu odpowiedzialnego, przedstawiciela podmiotu odpowiedzialnego oraz producenta leku – kwoty łącznej 2 508 772,00 zł oraz renty w wysokości 5 700 zł miesięcznie. Sąd Okręgowy wyrokiem z dnia 18 grudnia 2018 r. uwzględnił powództwo częściowo, zasądzając 368 772 zł odszkodowania, 500 000 zł zadośćuczynienia oraz rentę w wysokości 3 000 zł miesięcznie. Sąd podzielił argumentację powódki co do zasady odpowiedzialności, uznając za udowodnione przesłanki deliktu polegającego na wprowadzeniu do obrotu produktu niebezpiecznego (art. 449¹ k.c.). Sąd potwierdził, iż produkt leczniczy dotknięty był wadą instrukcyjną, która pozostawała w adekwatnym związku przyczynowym ze szkodą, dokonał jednakże istotnej korekty wysokości roszczeń, uznając żądane kwoty za zbyt wygórowane w świetle kryteriów słuszności i udokumentowanych strat majątkowych¹⁰.

¹⁰ Wyrok SO w Warszawie z dnia 18.12.2018 r., sygn. XXV C 1313/10, LEX nr 3936362.

Od wyroku pozwani wnieśli apelację, zarzucając naruszenie prawa procesowego (m.in. co do przekroczenia granic swobodnej oceny dowodów) oraz prawa materialnego, kwestionując w szczególności istnienie wady produktu leczniczego, prawidłowość wykładni przesłanek egzoneracyjnych oraz ustalenie związku przyczynowego między produktem leczniczym a wystąpieniem zdarzenia krytycznego.

Wyrokiem z dnia 18 listopada 2024 roku Sąd Apelacyjny w Warszawie oddalił powództwa wobec pozwanych podmiotu odpowiedzialnego oraz przedstawiciela, oraz w przeważającej części oddalił apelację pozwanego producenta.

3. Ocena wyroku

3.1. Podmiotowy zakres odpowiedzialności za produkt niebezpieczny w sektorze farmaceutycznym

Kluczowym elementem rozważań Sądu Apelacyjnego była kwestia legitymacji procesowej biernej podmiotów zaangażowanych w obrót produktem leczniczym. Sąd, dokonując literalnej wykładni przepisów o odpowiedzialności za produkt niebezpieczny, oddalił powództwo względem podmiotu odpowiedzialnego (MAH) oraz lokalnego przedstawiciela podmiotu odpowiedzialnego. Zdaniem Sądu, w art. 449¹, 449⁵ i 449⁶ k.c. wymieniono wszystkie podmioty, które mogą być odpowiedzialne za szkodę wyrządzoną przez produkt niebezpieczny. Oznacza to, że ich katalog jest zamknięty, a tym samym stosowanie wykładni rozszerzającej w tej materii – niedopuszczalne.

Sąd apelacyjny, celem wyjaśnienia pojęcia producenta, powołał się na normy unijne oraz orzecznictwo TSUE, jako że wprowadzenie do polskiego porządku prawnego regulacji dotyczących produktu niebezpiecznego stanowiło rezultat implementacji dyrektywy 85/374¹¹. Zgodnie z zawartym w niej art. 3:

- Pojęcie „producent” oznacza producenta [wytwórcę] produktu gotowego, producenta [wytwórcę] każdego surowca lub producenta czę-

¹¹ Dyrektywa Rady 85/374/EWG z dnia 25 lipca 1985 r. w sprawie zbliżenia przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych Państw Członkowskich dotyczących odpowiedzialności za produkty wadliwe (Dz.Urz. WE L 210 z 07.08.1985 r., s. 29 ze zm.), dalej jako: dyrektywa 85/374.

- ści składowej i każdą osobę, która przedstawia się jako producent, umieszczając swą nazwę, znak handlowy [towarowy] lub inną wyróżniającą cechę na produkcie¹²;
- Pojęcie „producent” obejmuje również importera produktu do Wspólnoty¹³;
 - Gdy producenta produktu nie można zidentyfikować, jak jego producent będzie traktowany każdy dostawca produktu, chyba że poinformuje osobę poszkodowaną w rozsądnym terminie o tożsamości producenta lub osoby, która dostarczyła mu produkt¹⁴.

W wyroku Trybunału w sprawie C-402/03, dotyczącej odpowiedzialności za produkt niebezpieczny, wywiedziono, że takie ukształtowanie przepisów pełni istotne funkcje. Po pierwsze, koncentracja odpowiedzialności za produkt wadliwy spoczywa na producencie w związku z tym, że to producent posiada realną możliwość oddziaływania na jakość i bezpieczeństwo produktu. Zapobiega to m.in. niepożądanemu zwielokrotnieniu postępowań sądowych, w których kolejni dostawcy pozywaliby swoich kontrahentów, aż do dotarcia do producenta. Jednocześnie z efektywności ekonomicznej obrotu wynika, że rozszerzenie odpowiedzialności na dostawców wymusiłoby na nich zawieranie dodatkowych umów ubezpieczenia OC, co skutkowałoby nieuzasadnionym i znacznym wzrostem cen produktów dla konsumentów. Sprowadza się to do wniosku, że przyjęty w dyrektywie reżim, dopuszczający odpowiedzialność dostawcy lub importera jedynie w drodze wyjątku, jest wynikiem celowego i racjonalnego rozważenia funkcji pełnionych przez poszczególne podmioty w procesie produkcji i dystrybucji¹⁵.

Sąd Apelacyjny w tym kontekście zaznaczył, iż ciężar dowodu co do tego, że dany podmiot wytworzył dany produkt niebezpieczny lub że

¹² Zob. art. 3 ust. 1 dyrektywy 85/374.

¹³ Zob. art. 3 ust. 2 dyrektywy 85/374.

¹⁴ Zob. art. 3 ust. 3 dyrektywy 85/374.

¹⁵ Wyrok TS z dnia 10.01.2006 r., sygn. C-402/03, *Skov Ege præcisvarehus Bilka Lanprisvarehus A/S oraz Bilka Lanprisvarehus A/S præcisvarehus Jette Mikkelsen i Michaelowi Due Nielsenowi*, ZOTSiS 2006, nr 1A, poz. I-199.

dany importer przywiózł go na obszar Unii Europejskiej, spoczywa na poszkodowanym.

W komentowanej sprawie powódka jako pozwanych oznaczyła: producenta, podmiot odpowiedzialny oraz przedstawiciela podmiotu odpowiedzialnego, powołując się na art. 37 p.f.¹⁶ (obecnie – art. 35a p.f.). Zgodnie z tym przepisem, uzyskanie pozwolenia oraz wyznaczenie przedstawiciela przez podmiot odpowiedzialny nie zwalnia go od odpowiedzialności karnej lub cywilnej, wynikającej ze stosowania produktu leczniczego.

Zdaniem Sądu, art. 37 p.f. nie określa jednak legitymacji procesowej biernej w procesie o naprawienie szkody wyrządzonej przez produkt niebezpieczny ani odrębnej podstawy odpowiedzialności cywilnej. Wyklucza natomiast możliwość wyłączenia odpowiedzialności wobec podmiotu odpowiedzialnego oraz jego przedstawiciela, jeżeli są oni producentami, dystrybutorami lub importerami produktu niebezpiecznego. Innymi słowy, Sąd dokonał syntezy przepisów o odpowiedzialności za produkt niebezpieczny oraz art. 37 p.f. Orzekł, że zgodnie z art. 37 p.f. samo dopełnienie wymogów administracyjnych, takich jak uzyskanie pozwolenia czy wyznaczenie przedstawiciela podmiotu odpowiedzialnego, nie wyłącza odpowiedzialności cywilnej ani karnej wynikającej ze stosowania produktu leczniczego. Obciążenie odpowiedzialnością zależy od tego, czy dany podmiot można zakwalifikować jako producenta, dystrybutora lub importera w myśl art. 449¹ i 449⁵ k.c. W rozpoznawanej sprawie zaś nie wykazano, by podmiot odpowiedzialny bądź przedstawiciel podmiotu odpowiedzialnego ów status posiadał. Tak może się zdarzyć, jednakże, co wymaga ponownego przytoczenia, odpowiedzialność ta w dalszym ciągu nie będzie opierać się na art. 37 p.f., jako że nie stanowi on samoistnego tytułu odpowiedzialności, tylko na podstawie przepisów prawa cywilnego. Artykuł ten pełni bowiem funkcję wyłącznie gwarancyjną. Podkreślić należy również fakt, iż podmiot odpowiedzialny oraz przedstawiciel podmiotu odpowiedzialnego nie posiadają statusu producenta, dystrybutora

¹⁶ W brzmieniu nadanym przez ustawę z 30 marca 2007 r. o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U., nr 75, poz. 492), która weszła w życie 1 maja 2007 r.

bądź importera *per se*. Zgodnie z definicjami ustawowymi, podmiotem odpowiedzialnym jest przedsiębiorca (krajowy lub zagraniczny), który uzyskał lub wnioskuje o pozwolenie na dopuszczenie leku do obrotu¹⁷. Z kolei przedstawiciel podmiotu odpowiedzialnego to podmiot mający siedzibę w Polsce, wyznaczony umownie do stałego wykonywania obowiązków i uprawnień zagranicznego podmiotu na terytorium kraju¹⁸.

Oznacza to, że każda sprawa o odszkodowanie od podmiotu odpowiedzialnego bądź jego przedstawiciela musi być rozpatrywana indywidualnie, to jest poprzez kompleksową analizę, czy dany podmiot spełnia przesłanki uzasadniające odpowiedzialność. Jednocześnie ciężar udowodnienia, że pozwany te kryteria spełnia, spoczywa na poszkodowanym. W niniejszej sprawie Sąd uznał, iż powódka powyższego nie wykazała, co wiązało się z oddaleniem powództwa względem podmiotu odpowiedzialnego oraz jego przedstawiciela. Ten sposób rozumowania Sądu znajduje potwierdzenie w doktrynie.

Gdy chodzi o ciężar dowodu, można przywołać wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 października 2015 r.¹⁹ Orzeczono w nim, że to na powodzie spoczywa ciężar dowodu, że pozwany importer sprowadził produkt niebezpieczny na terytorium Unii Europejskiej, a na pozwanym, że go nie sprowadził w zakresie swojej działalności gospodarczej lub w tym zakresie nie wprowadził do obrotu. Tym samym, ciężar dowodu w sprawach dotyczących odpowiedzialności za produkt niebezpieczny rozdzielono następująco. Na poszkodowanym spoczywa obowiązek dowiedzenia szkody, niebezpiecznego charakteru (wadliwości) produktu i związku przyczynowego między szkodą a wadliwością produktu, a także, że pozwany jest producentem produktu niebezpiecznego, jego dystrybutorem lub importerem. Pozwany z kolei, w ramach odstępstwa związanego ze specyfiką spraw dotyczących produktów niebezpiecznych, jest zobowiązany przedstawić okoliczności egzoneracyjne (zwalniające), jeśli takie wy-

¹⁷ Zob. art. 2 pkt 24 p.f.

¹⁸ Zob. art. 2 pkt 35a p.f.

¹⁹ Wyrok SN z dnia 02.10.2015 r., sygn. II CSK 816/14, OSNC 2016, nr 9, poz. 106.

stępują²⁰. Analogiczne zapatrywanie można znaleźć m.in. w uchwale SN z dnia 6 lipca 2021 r.²¹

Co do kręgu podmiotów odpowiedzialnych, zgodnie z orzecnictwem Trybunału Sprawiedliwości państwa członkowskie nie mogą rozszerzać odpowiedzialności na dostawców (sprzedawców), jeśli producent jest znany²². Podobny wniosek płynie z wyroków, gdzie odniesiono się do możliwości rozszerzenia odpowiedzialności na tzw. producenta pozornego, a więc na podmiot podający się za producenta poprzez umieszczenie na produkcie swojego oznaczenia, a także na podmiot będący importere produktu niebezpiecznego bądź jego dystrybutorem. TSUE jednakże podniósł, że pojęcie „producent” należy ujmować szeroko. Wynika to z art. 3 ust. 1 dyrektywy 85/374, jej motywów nr 4 i 5 oraz *ratio legis* tej regulacji, to jest ochrony konsumenta²³. Wykładnia ta sprowadza się jednak do rozumienia art. 3 ust. 1 dyrektywy w ten sposób, że wprowadza on alternatywną definicję producenta. Status ten przysługuje albo osobie uczestniczącej w procesie wytwarzania produktu, albo podmiotowi, który jedynie przedstawia się jako producent poprzez umieszczenie na produkcie swojej nazwy lub znaku towarowego, bez konieczności faktycznego udziału w produkcji²⁴.

Co jednak za tym idzie, ustalenie kręgu podmiotów odpowiedzialnych nie może być uzależnione od dodatkowych kryteriów, które nie wynikają z brzmienia art. 3 dyrektywy 85/374²⁵. Prowadzi to do wniosku, że o ile dopuszczalna jest wykładnia rozszerzająca pojęcia „producenta”, to jest ona możliwa wyłącznie względem ustanowionych przesłanek. Niedopuszczalne jest zaś wywodzenie dalszych podstaw przypisujących odpowiedzialność. Dlatego też jako przykład dopuszczalnej wykładni rozszerzającej można podać, iż udział w procesie produkcji osoby przedstawia-

²⁰ Zob. art. 6 k.c. w zw. z art. 4 dyrektywy 85/374.

²¹ Uchwała SN z dnia 06.07.2021 r., sygn. III CZP 34/20, OSNC 2021, nr 12, poz. 82.

²² Wyrok TS z dnia 10.01.2006 r., sygn. C-402/03.

²³ Wyrok TSUE z dnia 07.07.2022 r., sygn. C-264/21, *Keskinäinen Vakuumusyhdistys Fennia przeciwko Koninklijke Philips N.V.*, LEX nr 3362698.

²⁴ Ibidem.

²⁵ Ibidem.

jącej się jako producent nie jest konieczny do zakwalifikowania jej jako producenta. Innymi słowy – nie wymaga się, aby osoba, która umieściła na produkcie swoją nazwę, znak towarowy lub inną wyróżniającą cechę, lub zezwoliła na ich umieszczenie, również w inny sposób kwalifikowała się jako producent²⁶. Z drugiej jednak strony – co miało miejsce na gruncie komentowanej sprawy – sam status podmiotu odpowiedzialnego bądź jego przedstawiciela, mimo ścisłego powiązania z danym produktem leczniczym w świetle prawa administracyjnego, nie oznacza automatycznego przypisania tym podmiotom odpowiedzialności. By tak się stało, konieczne jest spełnienie omówionych powyżej kryteriów, a tego powódka nie wykazała.

Pozostaje jednak pytanie, czy w tak specyficznym sektorze, jaki stanowi sektor farmaceutyczny, ochrona konsumenta powinna być realizowana przez pryzmat celowościowy, czy też musi ona ustąpić przed zasadą *numerus clausus* podmiotów odpowiedzialnych. Zdaje się, iż ochrona pacjenta, choć stanowi wartość nadrzędną, nie może być utożsamiana z arbitralnym przypisywaniem legitymacji biernej.

Warto bowiem zauważyć, że specyfiką odpowiedzialności za produkt niebezpieczny nie jest samo występowanie ryzyka jako takiego, lecz wprowadzenie do obrotu produktu niezapewniającego poziomu bezpieczeństwa, jakiego konsument mógł zasadnie oczekiwać. O tym, czy produkt jest bezpieczny, decydują okoliczności z chwili wprowadzenia go do obrotu, a zwłaszcza sposób zaprezentowania na rynku oraz udostępnione informacje o jego właściwościach²⁷. Tym samym, przepisy nie dają podstaw do tworzenia hierarchii produktów niebezpiecznych, która miałaby determinować krąg podmiotów odpowiedzialnych. W przypadku produktów leczniczych ewentualne odrębności wynikające z ich specyfiki są korygowane przez przepisy prawa administracyjnego. Są to w szczególności wymogi informacyjne, dotyczące obligatoryjnych elementów ulotki, reklamy oraz Charakterystyki Produktu Leczniczego, mające na celu zapewnienie najwyższego poziomu ochrony konsumenta.

²⁶ Ibidem.

²⁷ Zob. art. 449¹ k.c.

W kontekście sektora medycznego, za uznaniem katalogu podmiotów odpowiedzialnych za zamknięty wypowiedział się TSUE w wyroku C-495/10²⁸. Trybunał orzekł, że odpowiedzialność usługodawcy, który w ramach realizowanych świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej używa wadliwych urządzeń lub produktów, nie będąc ich producentem, nie jest objęta zakresem zastosowania dyrektywy 85/374. Potwierdza to założenie, że *ratio legis* omawianych regulacji nie zakłada multiplikowania podmiotów odpowiedzialnych, nawet w obszarach silnie zorientowanych na ochronę życia i zdrowia. Jednocześnie należy przytoczyć, że przepisy o odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przez produkt niebezpieczny nie wyłączają odpowiedzialności na zasadach ogólnych, w tym z tytułu niewykonania zobowiązania, rękojmi oraz gwarancji²⁹. Oznacza to, że poszkodowany dysponuje alternatywnymi instrumentami ochrony prawnej, które pozwalają mu dochodzić roszczeń od podmiotów niewymienionych przez art. 449¹ i 449⁵ k.c. Taka konstrukcja gwarantuje, że rygorystyczne i zamknięte ujęcie legitymacji biernej nie tworzy luki w ochronie konsumenta, a porządkuje system odpowiedzialności, rozdzielając reżim ryzyka, oparty na samym fakcie wytworzenia produktu niebezpiecznego, od klasycznych zasad odpowiedzialności deliktowej lub kontraktowej.

3.2. Standardy informacyjne co do bezpieczeństwa produktu leczniczego

Produkt kwalifikuje się jako niebezpieczny, gdy nie zapewnia bezpieczeństwa, jakiego można oczekiwać, uwzględniając normalne użycie produktu³⁰. W świetle głosowanego orzeczenia, podstawowym elementem tej zasady jest kompletność i aktualność informacji przekazywanej pacjentowi oraz profesjonalistom medycznemu. Wywodzi się to z okoliczności, że w przypadku produktów leczniczych niebezpieczeństwo najczęściej nie wynika z błędu technologicznego w fazie wytwarzania, lecz z tzw. wady instrukcyjnej, polegającej na niedostatecznym ostrzeżeniu przed działa-

²⁸ Wyrok TSUE z dnia 21.12.2011 r., sygn. C-495/10, *Centre hospitalier universitaire de Besançon przeciwko Thomasowi Dutruieux i Caisse primaire d'assurance maladie du Jura*, ZOTSiS 2011, nr 12C, poz. I-14155.

²⁹ Zob. art. 449¹⁰ k.c.

³⁰ Zob. art. 449¹ § 3 k.c.

niami niepożądanymi. W komentowanym postępowaniu powódka dochodziła roszczeń odszkodowawczych w związku z wprowadzeniem do obrotu produktu leczniczego (agonisty dopaminy), zawierającego wadę instrukcyjną. Zgodnie z ustaleniami Sądu, treść polskiej ulotki dla pacjenta (według stanu na 2007 r.) nie zawierała informacji o ryzyku wystąpienia prób samobójczych jako działania niepożądanego, mimo że takie ostrzeżenie znajdowało oparcie w przeprowadzonych badaniach klinicznych i figurowało w dokumentach na rynku amerykańskim. Pozwani argumentowali, że taki stan rzeczy stanowił rezultat obowiązujących przepisów prawa oraz braku naukowego uprawdopodobnienia związku przyczynowego między zażywaniem leku a incydentami suicydalnymi, co w tym przypadku powinno stanowić o wyłączeniu odpowiedzialności. Sąd nie zgodził się jednak z tym zapatrywaniem.

Począwszy od omówienia istoty wady instrukcyjnej produktu leczniczego, orzekający w I instancji Sąd Okręgowy ocenił, iż niebezpieczny charakter leku może być wynikiem jednej z następujących nieprawidłowości:

- Wady konstrukcyjnej, czyli wadzie w projekcie, np. co do składników;
- Wady produkcyjnej, przykładowo lek w trakcie produkcji został zanieczyszczony szkodliwą substancją, bakteriami, wirusami;
- Wady instrukcyjnej, która zadecydowała o rozstrzygnięciu, polegającej na braku koniecznych informacji dołączonych do leku lub skierowanych do lekarzy, o wskazaniach terapeutycznych, przeciwwskazaniach, interakcjach z innymi lekami, reakcjach ubocznych, działaniach niepożądanych bądź wymaganych środkach ostrożności.

Producent powinien odpowiadać za każdą wadę instrukcyjną, konstrukcyjną czy produkcyjną, na skutek której pacjent doznał szkody. W omawianej sprawie stwierdzono występowanie wady instrukcyjnej. Jak podkreślono w orzeczeniu, to nie sama niebezpieczna właściwość produktu leczniczego stanowi o jego wadliwości, a brak właściwego ostrzeżenia o tym ryzyku. Wynika to wprost z art. 449¹ § 3 zd. 1 i 2 k.c. Produkt leczniczy staje się więc niebezpieczny dopiero wskutek nieuprzedzenia pacjenta bądź profesjonalisty medycznego, co też miało miejsce w niniej-

szej sprawie. W dalszej części wyводу Sąd Apelacyjny sformułował szereg konkluzji, które w sposób kategoryczny przesadzają o istnieniu wady instrukcyjnej spornego produktu leczniczego. Argumentacja Sądu ogniskuje się wokół tezy, że bezpieczeństwo leku jest nierozzerwalnie związane z rzetelnością w komunikacji ryzyka, co pozwala na ustalenie następujących wytycznych:

1. Standard absolutnej transparentności (tzw. zasada „pojedynczego przypadku”): jeżeli producent deklaruje w dokumentacji, że uwzględnia wszelkie działania niepożądane, w tym incydenty jednostkowe, to zatajenie choćby jednego przypadku próby samobójczej, odnotowanego w badaniach klinicznych, stanowi o kwalifikowanej wadzie instrukcyjnej;
2. Obiektywizacja wiedzy w wymiarze globalnym: dane udostępniane na rynku krajowym muszą korespondować z wiedzą, jaką producent posiada i udostępnia na rynkach zagranicznych (np. amerykańskim), eliminując tym samym asymetrię informacji;
3. Niezależność cywilnoprawnej oceny wady od decyzji administracyjnych: formalne zatwierdzenie ulotki przez właściwe organy rejestrowe nie sanuje wadliwości informacyjnej produktu i nie zdejmuje z producenta ciężaru odpowiedzialności za prawidłowość i rzetelność przekazu;
4. Domniemanie kompletności dokumentacji: pacjent oraz lekarz mają prawo działać w zaufaniu do tego, że udostępnione im dokumenty (w szczególności ulotka i ChPL) są kompletne i odzwierciedlają stan wiedzy medycznej zgodny z prawdą, a nie tylko wybiórczo wyselekcjonowane dane.

Kluczowe dla oceny wystąpienia wady instrukcyjnej są przy tym wymagania zawarte w przepisach prawa farmaceutycznego, wynikające: z definicji działania niepożądanego produktu leczniczego, załączników do wniosku o dopuszczenie do obrotu, z wymaganej charakterystyki produktu leczniczego oraz z procedury wzajemnego uznania i uzasadnionych wątpliwości czy dopuszczenie do obrotu nie spowoduje zagrożenia dla życia publicznego.

Zgodnie z art. 2 ust. 3a p.f., działaniem niepożądanym jest każde niekorzystne i niezamierzone działanie badanego produktu leczniczego. Uzasadnieniem dla takiej definicji jest przyjęte założenie, że choć produkt leczniczy poddany jest rygorystycznym wymogom dotyczącym bezpieczeństwa oraz musi charakteryzować się potwierdzoną skutecznością terapeutyczną, to może wywoływać spodziewane, negatywne skutki. Tak więc fakt, że dopuszczony do obrotu lek legitymuje się potwierdzonymi właściwościami terapeutycznymi, nie jest równoznaczny z całkowitym wyeliminowaniem ryzyka wystąpienia działań niepożądanych. Takie skutki są badane i ujawniane w odpowiednich dokumentach. Mimo niekorzystnego oraz niezamierzonego charakteru niektórych działań, dzięki przedstawieniu ich w dokumentacji zarówno konsument, jak i profesjonalista medyczny mogą się ich spodziewać oraz wyważyć, czy stosunek korzyści do potencjalnych strat przeważa, przemawiając za podjęciem decyzji o zaordynowaniu danego produktu leczniczego. Podobna analiza przeprowadzana jest w ramach procedury dopuszczania do obrotu – stosowne zezwolenie powinien uzyskać jedynie taki produkt, którego stosunek korzystnych skutków zastosowania przeważa względem działań niepożądanych³¹.

Desygnatem „działań niepożądanych” jest zdarzenie o negatywnej implikacji dla zdrowia lub życia pacjenta, wykazujące co najmniej możliwy związek przyczynowy z przyjętym produktem³². W konsekwencji katalog ten obejmuje wszelkie stany faktyczne, w których na etapie zgłoszenia nie zachodzą przesłanki pozwalające na definitywne wykluczenie zależności³³; zgodnie z wytycznymi Europejskiej Agencji Leków korelacja ta ma być co najmniej podejrzewana (*suspected*)³⁴. Warto tu odnotować noweli-

³¹ M. Krekora, *Rozdział 2 Definicje* [w:] *Prawo farmaceutyczne*, red. M. Krekora, M. Świerczyński, E. Traple, Warszawa 2020, s. 36.

³² R. Stankiewicz, 7.4.3. *Zdarzenia niepożądane oraz działania niepożądane* [w:] *Krajowe systemy ochrony zdrowia a Unia Europejska. Przykład Polski*, red. R. Stankiewicz, Warszawa 2016.

³³ M. Ożóg, *System handlu produktem leczniczym i produktami pokrewnymi. Problematyka prawna*, Warszawa 2009, s. 233-234.

³⁴ *Guideline on good pharmacovigilance practices (GVP). Module VI – Collection, management and submission of reports of suspected adverse reactions to medicinal products*, <https://www.ema.europa.eu>, [dostęp: 08.03.2026 r.], s. 5.

zacje Prawa farmaceutycznego z dnia 25 listopada 2013 r., która znacząco rozszerzyła definicję działania niepożądanego. Poprzez wykreślenie wymogu, aby działanie to występowało wyłącznie przy stosowaniu zalecanych dawek i w określonych celach (np. profilaktycznych), ustawodawca rozszerzył zakres pojęciowy i uniezależnił uznanie danego działania za niepożądane od prawidłowości dawkowania czy zamierzonego celu terapii³⁵. *Ratio legis* zmian stanowiło zwiększenie ochrony konsumentów.

Inaczej jest w przypadku wystąpienia działań niepożądanych niespodziewanych – wówczas, jeżeli nie można było przewidzieć niebezpiecznych właściwości produktu, uwzględniając stan nauki i techniki w chwili wprowadzenia go do obrotu, zachodzi jedna z przesłanek wyłączających odpowiedzialność wytwórcy, określona w art. 449³ § 2 zd. 2 k.c.

3.2.a. Standard absolutnej transparentności

Informacja o działaniach niepożądanych stanowi obligatoryjny element treści ulotki dołączonej do opakowania³⁶ oraz ChPL³⁷. Jest to wynik przyjęcia przez ustawodawcę krajowego i unijnego rygorystycznego standardu transparentności informacyjnej, który opiera się na założeniu, że pacjent jest podmiotem uprawnionym do pełnej wiedzy o ryzyku farmakoterapii. Choć pojęcie to nie posiada definicji legalnej, stanowi paradygmat współczesnego prawa farmaceutycznego. Wywodzi się z zasady ochrony zdrowia publicznego³⁸ oraz cywilistycznej koncepcji uzasadnionych oczekiwań co do bezpieczeństwa produktu³⁹. Praktyczna realizacja tych założeń wymaga jednak oceny konkretnego stanu faktycznego, w którym produkt leczniczy trafił do nabywcy. Jak więc słusznie zauważył Piotr

³⁵ R. Stankiewicz, 7.4.3. *Zdarzenia niepożądane...*

³⁶ Zob. § 6 ust. 1 pkt 5 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 lutego 2009 r. w sprawie wymagań dotyczących oznakowania opakowań produktu leczniczego i treści ulotki (t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 1847) oraz art. 59 ust. 1 lit. e Dyrektywy 2001/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 6 listopada 2001 r. w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi (Dz.Ur. WE L 311 z 28.11.2001 r., s. 67 ze zm.), dalej jako: dyrektywa 2001/83.

³⁷ Zob. art. 11 ust. 1 pkt 4 lit. h p.f.

³⁸ Zob. motyw nr 2 w zw. z motywem nr 40 dyrektywy 2001/83.

³⁹ Zob. art. 449¹ § 3 k.c.

Modrzejewski, o ewentualnym niebezpieczeństwie produktu powinny decydować wszelkie okoliczności z chwili wprowadzenia do obrotu⁴⁰. Producent, jako jedyny podmiot dysponujący wiedzą o wszystkich cechach produktu, podejmuje decyzję o tym, które z nich zostaną ujawnione wraz z udostępnieniem go na rynku. Z tego względu standard transparentności informacyjnej i wynikająca z jego ewentualnego zaniedbania odpowiedzialność producenta stanowią filary ochrony konsumenta. W konsekwencji informacje dotyczące produktu leczniczego powinny być jasne, zrozumiałe, konkretne i szczegółowe⁴¹. W ich zawartości należy ponadto uwzględnić potencjalne ryzyko wynikające z przyjmowania produktu leczniczego, precyzyjnie określając jego istotę i treść⁴². Muszą ponadto zawierać wszystkie dostępne producentowi dane, które mogą wpływać na bezpieczeństwo stosowania produktu.

Taki sposób rozumowania wpisuje się w standardy międzynarodowe, według których informacja dla konsumenta musi być również pełna i należyte wyekspozowana⁴³. Doktryna zagraniczna wskazuje wręcz na zastrzony obowiązek producenta: winien on antycypować fakt, że pacjenci często ignorują ulotki – wynika to z tzw. konceptu *duty to warn*, zgodnie z którym strona ponosi odpowiedzialność za wynikłą szkodę w przypadku niedopełnienia ciążącego na niej obowiązku informacyjnego, polegającego na zaniechaniu ostrzeżenia o zidentyfikowanym zagrożeniu, któremu mogła zapobiec (istotny jest więc aspekt zminimalizowania zagrożenia)⁴⁴. Dlatego też ostrzeżenia powinny być umieszczane w sposób najbardziej bezpośredni, gwarantujący ich zauważenie. W przypadku braku informacji o ryzyku suicydalnym, o którym wytwórca wiedział, bo wynika to z angielskiej treści ulotki, takie zaniechanie przesądza o wadliwości produktu.

⁴⁰ P. Modrzejewski, 2. *Podmiot, na którym ciąży obowiązek udzielenia informacji* [w:] *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przez niebezpieczny produkt medyczny*, Warszawa 2023, s. 53.

⁴¹ Wyrok SN z dnia 28.06.1972 r., sygn. II CR 218/72, OSNC 1972, nr 12, poz. 228.

⁴² P. Modrzejewski, 2. *Podmiot, na którym ciąży...*, s. 63.

⁴³ Zob. motyw nr 40 dyrektywy 2001/83.

⁴⁴ P. Peppin, *Drug/Vaccine Risks: Patient Decision-Making and Harm Reduction in the Pharmaceutical Company Duty to Warn Action*, „Canadian Bar Review” 1991, nr 70.

Jak podsumował TSUE w wyroku z dnia 5 maja 2011 r., udostępniane informacje nie mogą wprowadzać w błąd i powinny zachęcać do racjonalnego stosowania produktu leczniczego poprzez przedstawianie go w sposób obiektywny i bez wyolbrzymiania jego właściwości. Powinny być dokładne, aktualne, możliwe do sprawdzenia i wystarczająco kompletne, aby umożliwić odbiorcy wyrobienie sobie własnej opinii w sprawie wartości terapeutycznej danego produktu leczniczego⁴⁵. Choć orzeczenie to odnosi się do reklamy produktów leczniczych, to skoro w stosunku do reklamy leków wymagania są bardzo rygorystyczne i przewidują bezwzględny obowiązek umieszczania informacji pełnych oraz prawdziwych, to ulotki oraz ChPL podlegają jeszcze dalej idącym rygoryzmom, co determinuje prawidłowość instrukcyjną produktu.

3.2.b. Obiektywizacja wiedzy w wymiarze globalnym

Wymóg obiektywizacji wiedzy w wymiarze globalnym wynika pośrednio z art. 449³ § 2 zd. 2 k.c. – producent odpowiada, jeżeli można było przewidzieć niebezpieczne właściwości produktu, uwzględniając stan nauki i techniki w chwili wprowadzenia go do obrotu. Mimo braku wyraźnego sformułowania o obiektywizacji w treści przepisu, standard ten został wypracowany w orzecznictwie TSUE na gruncie art. 7 lit. e dyrektywy 85/374. Ma to kluczowe znaczenie, jako że art. 449³ § 2 zd. 2 k.c. stanowi bezpośrednią transpozycję tej regulacji do krajowego porządku prawnego.

Zgodnie z wyrokiem Trybunału w sprawie C-300/95, obiektywizacja wiedzy opiera się na kilku płaszczyznach. Po pierwsze, stan wiedzy naukowej i technicznej musi uwzględniać jej najbardziej zaawansowany poziom (*most advanced level of knowledge*) istniejący w chwili wprowadzenia produktu do obrotu⁴⁶. Nie może się on jednocześnie ograniczać do określonego sektora, a obejmuje wszelkie „wysokie standardy”, o których istnieniu producent powinien wiedzieć i do których mógł mieć dostęp

⁴⁵ Wyrok TSUE z dnia 05.05.2011 r., sygn. C-249/09, *Novo Nordisk AS przeciwko Ravimiamet*, ZOTSiS 2011, nr 5A, poz. I-3155.

⁴⁶ Wyrok TS z dnia 29.05.1997 r., sygn. C-300/95, *Komisja Wspólnot Europejskich przeciwko Zjednoczonemu Królestwu Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej*, ECR 1997, nr 5, poz. I-2649.

(wszechstronność)⁴⁷, a także musi być mierzony według poziomu światowego (globalność)⁴⁸. Ponadto, subiektywna niewiedza producenta czy trudności w dotarciu do źródeł nie stanowią przesłanki egzoneracyjnej – o dostępności wiedzy decyduje realna możliwość jej pozyskania, a nie to, czy dany podmiot faktycznie do niej dotarł⁴⁹. Istotne jest jedynie, czy wiedza była dostępna w momencie, gdy dany produkt został wprowadzony do obrotu⁵⁰. W konsekwencji prowadzi to do ścisłej interpretacji art. 449³ § 2 zd. 2 k.c.⁵¹, w myśl której zwolnienie z odpowiedzialności jest możliwe w zasadzie tylko wtedy, gdy wiedza umożliwiająca wykrycie wady w chwili wprowadzenia produktu na rynek w ogóle nie istniała lub była faktycznie niemożliwa do zdobycia.

Analogiczne wnioski płyną z dyrektywy 2001/83. Art. 23 i 104 dyrektywy nakładają na podmiot odpowiedzialny obowiązek niezwłocznego aktualizowania informacji o bezpieczeństwie leku w świetle globalnych danych (nadzór nad bezpieczeństwem farmakoterapii – *pharmacovigilance*). Również sądy krajowe w swoim orzecznictwie podkreślają, że stan wiedzy naukowej oraz technicznej powinien być oceniany obiektywnie, z uwzględnieniem jego najbardziej zaawansowanego poziomu⁵².

3.2.c. Niezależność cywilnoprawnej oceny wady od decyzji administracyjnych

Niezależność cywilnoprawnej oceny wady produktu od decyzji administracyjnych wynika bezpośrednio z przepisów dyrektywy 2001/83. Zgod-

⁴⁷ Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej C 272 z dnia 26 lipca 2016 r., *Informacje i zawiadomienia*, t. 59, https://www.gum.gov.pl/ftp/pdf/OJ_C_2016_272_FULL_PL_TXT.pdf, [dostęp: 08.03.2026 r.], s. 13.

⁴⁸ L. Bosek, *Perspektywy rozwoju odpowiedzialności cywilnej – zagadnienia wybrane odpowiedzialności za inteligentne roboty*, „Forum Prawnicze” 2019, nr 2 (52), s. 3-17.

⁴⁹ Dz.U. UE C 272, s. 13.

⁵⁰ P. Wojciechowski, *Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez produkt niebezpieczny żywnościowy pierwotny i przetworzony: wybrane problemy*, „Studia Iuridica Agraria” 2011, t. 9, s. 328-355.

⁵¹ L. Bosek, *Perspektywy rozwoju odpowiedzialności cywilnej...*, s. 10.

⁵² Wyrok SA w Krakowie z dnia 09.06.2015 r., sygn. I ACa 1469/14, LEX nr 1750125; użyte przez sąd określenia powoływane były w kolejnych wyrokach odnoszących się do szkód wyrządzonych przez produkty niebezpieczne. Zob. np. wyrok SO w Łodzi z dnia 07.09.2017 r., sygn. I C 1991/13, LEX nr 2403452, wyrok SR w Jasle z dnia 20.03.2017 r., sygn. I C 15/14, LEX nr 2266641.

nie z art. 25 dyrektywy, pozwolenie na dopuszczenie do obrotu nie ma wpływu na odpowiedzialność cywilną ani karną producenta, oraz, w razie potrzeby, posiadacza pozwolenia na dopuszczenie do obrotu. Jednakowo wskazują przepisy ustawy – Prawo farmaceutyczne. Art. 35a p.f., stanowi, że uzyskanie pozwolenia oraz wyznaczenie przez podmiot odpowiedzialny przedstawiciela nie zwalnia tego podmiotu od odpowiedzialności karnej i cywilnej wynikającej ze stosowania produktu leczniczego. Zbieżną regulację zawiera art. 51 p.f., na mocy którego uzyskanie zezwolenia na wytwarzanie lub import produktu leczniczego nie zwalnia od odpowiedzialności karnej, lub cywilnej związanej ze stosowaniem produktu leczniczego.

Niezależność ta ma charakter dwukierunkowy. Wyraża się on w tym, że status podmiotu odpowiedzialnego oraz jego przedstawiciela nie kreują automatycznie legitymacji biernej w procesie cywilnym o naprawienie szkody wyrządzonej przez produkt leczniczy. Z drugiej zaś strony, spełnienie wymogów administracyjnych nie zwalnia tych podmiotów od odpowiedzialności za wadę – w szczególności zatwierdzenie treści ulotki przez krajowy organ nadzoru nie jest równoznaczne z uznaniem produktu za bezpieczny.

Przytoczone przepisy bezpośrednio oddają zamysł ustawodawcy, jakim jest pełne uniezależnienie odpowiedzialności cywilnej od decyzji organów administracji publicznej. Jednocześnie tendencja ta nie ogranicza się jedynie do ustawodawstwa krajowego i unijnego. Jako przykład podać można, chociażby sprawę *Wyeth v. Levine*, w której Sąd Najwyższy Stanów Zjednoczonych orzekł, że federalne zatwierdzenie leku przez organy regulacyjne nie chroni producenta przed odpowiedzialnością na mocy prawa stanowego⁵³.

3.2.d. Domniemanie kompletności dokumentacji

Treść ulotki leku Requip była nie tylko niepełna, jako że nie zawierała informacji o działaniu niepożądanym w postaci zachowań suicydalnych, ale

⁵³ Wyrok SN USA z dnia 04.03.2009 r., sygn. 555 U.S. 555, *Wyeth przeciwko Levine*.

i nieprawdziwa, zawierała bowiem wskazanie, iż „działania niepożądane” w ulotce dla pacjenta zostały podane „łącznie z pojedynczymi przypadkami”. Chodzi tutaj o domniemanie kompletności dokumentacji, chroniące zaufanie konsumenta do wytwórcy.

W wyroku w sprawach połączonych C-503/13 i C-504/13 TSUE w odniesieniu do wyrobów medycznych wyjaśnił, iż pacjenci, którzy używają tych produktów, mogą w uzasadniony sposób oczekiwać, że wymogi bezpieczeństwa są, z uwagi na ich funkcję i szczególną wrażliwość pacjentów, szczególnie wysokie⁵⁴. Ze względu na tożsame zastosowanie terapeutyczne wyrobów medycznych oraz produktów leczniczych, *ratio decidendi* przywołanego wyroku znajduje bezpośrednie odniesienie do stanów faktycznych dotyczących produktów leczniczych. W wyroku C-65/20 TSUE podkreślił zaś, że standard bezpieczeństwa ma być oparty na oczekiwaniach, których ogół społeczeństwa ma prawo spodziewać się względem danego produktu⁵⁵. Sprowadza się to do konkluzji, że społeczeństwo, czerpiąc wiedzę o produkcie na podstawie jego dokumentacji, zakłada, iż będzie ona zawierała pełne i kompletne dane, bez selektywnego doboru przekazywanych informacji. Z kolei w motywie nr 40 dyrektywy 2001/83 ujęto wprost, że przepisy regulujące informacje dla użytkowników leków powinny obejmować szeroki zakres ochrony konsumentów, dla zapewnienia prawidłowego stosowania produktów leczniczych na podstawie pełnych i zrozumiałych informacji. Ponadto, co wiąże się ściśle ze standardem absolutnej transparentności oraz konceptem *duty to warn*, oczekiwania co do kompletności dokumentacji powinny uwzględniać możliwości rozumienia i wykreowane na tej podstawie oczekiwania przeciętnego konsumenta, czyli dysponującego powszechnie dostępnymi informacjami. Oznacza to, że kompletność dokumentacji ma charakter funkcjonalny, to jest wymaga oceny przez pryzmat zdolności do prawidłowego odczytania zawartych w niej ostrzeżeń⁵⁶. W konsekwencji, nawet

⁵⁴ Wyrok TSUE z dnia 05.03.2015 r., sygn. C-503/13, *Boston Scientific Medizintechnik GmbH przeciwko AOK Sachsen-Anhalt – Die Gesundheitskasse i Betriebskrankenkasse RWE*, ZOTSIS 2015, nr 3, poz. I-148.

⁵⁵ Wyrok TSUE z dnia 10.06.2021 r., sygn. C-65/20, *VI przeciwko Krone-Verlag Gesellschaft mbH & Co. KG*, LEX nr 3183139.

⁵⁶ C. Żulawska [w:] *Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania. Tom 1*, red. G. Bieniek i in., Warszawa 2011, s. 714-715.

obszerna ulotka może zostać uznana za niekompletną, jeśli jej przekaz był sformułowany w sposób uniemożliwiający właściwą ocenę bilansu korzyści i ryzyk. Tym samym, zakres udostępnianych informacji powinien być na tyle szeroki, by dostarczać używającemu pełnego i rzetelnego obrazu właściwości produktu⁵⁷.

Analogiczne wnioski, płynące ze specyfiki odpowiedzialności za produkt niebezpieczny w ogólności, znajdują potwierdzenie w literaturze⁵⁸.

3.3. Dowód *prima facie* i domniemania faktyczne – udowodnienie związku przyczynowo-skutkowego między produktem leczniczym a działaniem niepożądanym

Postępowania w przedmiocie działań niepożądanych produktów leczniczych charakteryzują się znacznym stopniem złożoności. Ustalenie przyczynowości adekwatnej wymaga zindywidualizowanego podejścia, gdyż na stan zdrowia pacjenta wpływa zazwyczaj zespół nakładających się na siebie czynników. Ich rozdzielenie i wytypowanie tego właściwego jest niezwykle utrudnione. Należy przy tym zaznaczyć, że samo odnotowanie danej reakcji w toku badań klinicznych nie przesądza o tym, że to właśnie produkt leczniczy stanowił przyczynę wystąpienia danego skutku w konkretnym przypadku, a stanowi jedynie potwierdzenie takiej teoretycznej możliwości. Dodatkową barierę stanowi aspekt etyczny, wykluczający przeprowadzenie dowodu w drodze eksperymentu medycznego; ponowna ekspozycja pacjenta na czynnik ryzyka w celu weryfikacji reakcji organizmu byłaby niedopuszczalna, gdyż wiązałaby się z umyślnym narażeniem zdrowia i życia osoby uprawnionej na bezpośrednie niebezpieczeństwo. Z tej też przyczyny udowodnienie związku przyczynowo-skutkowego w sprawach medycznych doznaje pewnych ułatwień – możliwości zastosowania dowodu *prima facie* oraz domniemań faktycznych.

⁵⁷ J. Kuźmicka-Sulikowska, *Pojęcie produktu niebezpiecznego na gruncie przepisów kodeksu cywilnego dotyczących odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przez ten produkt*, Wrocław 2013, s. 267.

⁵⁸ Z. Gawlik, art. 449(1) [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz. Tom III. Zobowiązania – część ogólna*, red. A. Kidyba, Warszawa 2014, s. 596; A. Rzetecka-Gil, art. 449(1) [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz. Zobowiązania – część ogólna*, LEX 2011.

Dowód *prima facie* polega na specyficznym ukształtowaniu ciężaru dowodzenia. Po wykazaniu przez powoda wysokiego prawdopodobieństwa związku przyczynowego to na stronie przeciwnej spoczywa obowiązek przedstawienia hipotez alternatywnych, które mogłyby obalić tę konstrukcję⁵⁹. Z kolei zastosowanie domniemań faktycznych oznacza, iż sąd może uznać za ustalone fakty mające istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, jeżeli taką konkluzję można wyprowadzić z innych ustalonych faktów (art. 231 k.p.c.). Związek zaś pomiędzy dowodem *prima facie* a domniemaniem faktycznym polega na tym, że „dowód *prima facie* znajduje zastosowanie, gdy w świetle dużych trudności w zgromadzeniu dowodów bezpośrednich zasady doświadczenia życiowego nakazują wysnuć odpowiedni wniosek w zakresie istnienia związku przyczynowego. Wówczas to właśnie [...] rzecz mówi sama za siebie i nie sposób zanegować rysującej się logicznie hipotezy istnienia tego związku”⁶⁰. Innymi słowy, dowód *prima facie* oparty jest na konstrukcji domniemań faktycznych⁶¹.

W analizowanym rozstrzygnięciu proces dowodzenia został oparty na konstrukcji dowodu *prima facie* oraz na domniemaniach faktycznych. Sąd, dokonując odtworzenia łańcucha przyczynowego, oparł się na zespole faktów: systematycznym przyjmowaniu produktu leczniczego przez pacjentkę, posiadaniu przez producenta wiedzy o potencjalnych działaniach niepożądanych w postaci zachowań suicydalnych, a także udokumentowanej naukowo korelacji między substancją czynną produktu leczniczego a zaburzeniami kontroli impulsów. Kluczowe znaczenie dla przyjęcia domniemania faktycznego miała również ścisła zbieżność czasowa między terapią farmakologiczną a wystąpieniem krytycznego incydentu. Aby nadać temu domniemaniu charakter przesądający o wyniku procesu, Sąd zweryfikował hipotezy konkurencyjne, a więc poddał analizie inne potencjalne źródła szkody. Polegało to na zbadaniu, czy dana przyczyna dotyczyła pokrzywdzonej, a następnie, jeśli nie można było zanegować jej wystąpienia, czy mogła ona rzutować na sam fakt zdarzenia. W ten

⁵⁹ E. Jaworska-Góral, *Donóś prima facie*, „Przegląd Sądowy” 2010, nr 11-12, s. 159.

⁶⁰ Ibidem.

⁶¹ Postanowienie SN z dnia 30.09.2021 r., sygn. I PSK 112/21, LEX nr 3517481.

sposób oceniono: zaburzenia reaktywne, psychozy endogenne, psychozy egzogenne oraz inne okoliczności takie jak np. nieprawidłowy dobór leku przez lekarza prowadzącego. Wykluczając wpływ tych czynników, Sąd ustalił, że jedyną adekwatną i logiczną przyczyną zdarzenia pozostawało działanie produktu leczniczego, a więc psychoza egzogenna w postaci psychozy polekowej.

Tak więc, zasadniczą przesłanką konstytuującą odpowiedzialność odszkodowawczą pozwanych było wykazanie związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy podaniem produktu leczniczego a wystąpieniem działania niepożądanego. Wymóg ten wynika bezpośrednio z ogólnych reguł dowodowych wyrażonych w art. 361 § 1 k.c. Zgodnie z teorią adekwatności, strona zobowiązana ponosi odpowiedzialność wyłącznie za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. W realiach niniejszej sprawy istotą sporu było udowodnienie, że próba samobójstwa pokrzywdzonej stanowiła adekwatne następstwo przyjęcia produktu leczniczego obciążonego wadą instrukcyjną. W.S. była więc zobligowana do wykazania szkody, niebezpiecznego charakteru leku i związku przyczynowego między szkodą a wadliwością produktu. Na stronę pozwaną przeniesiono zaś ciężar dowiedzenia hipotez konkurencyjnych – innymi słowy, powódka nie musiała udowadniać, że inne okoliczności sprawy nie mogły stanowić przyczyny zdarzenia.

Powyższy kierunek wykładni należy ocenić jako trafny.

3.3.a. Domniemania faktyczne

Zgodnie z art. 4 dyrektywy 85/374, na osobie poszkodowanej spoczywa ciężar udowodnienia szkody, wady i związku przyczynowego między wadą a szkodą. TSUE wyrokiem w sprawie C-621/15 orzekł ponadto o dopuszczalności stosowania krajowych reguł dowodowych opartych na domniemaniach faktycznych (takich jak art. 231 k.p.c.)⁶². Polegają one na tym, że sąd krajowy, w ramach przysługującej mu swobodnej oceny dowodów, może uznać związek przyczynowy za udowodniony nawet wtedy,

⁶² Wyrok TSUE z dnia 21.06.2017 r., sygn. C-621/15, *N.W., L.W. i C.W. przeciwko Sanofi Pasteur MSD SNC, Caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine i Carpinkeo*, ZO TSis 2017, nr 6, poz. I-484.

gdy nauka nie rozstrzyga jednoznacznie o wpływie produktu leczniczego na wystąpienie zdarzenia. Warunkiem koniecznym jest jednak, aby strona powodowa przedstawiła poważne, precyzyjne i spójne przesłanki faktyczne, które w świetle zasad logiki pozwalają na wyprowadzenie wniosku o wadliwości produktu i jej związku ze szkodą. W orzeczeniu podniesiono natomiast, że nie oznacza to dopuszczalności tworzenia sztywnych reguł, umożliwiających sądowi automatyczne uznanie wystąpienia związku przyczynowo-skutkowego po spełnieniu określonych przesłanek. Sprowadza się to do konieczności analizowania każdego przypadku *ad casum*. Podobnie niedopuszczalne jest całkowite zwolnienie poszkodowanego z obowiązku wykazania odpowiedzialności po stronie producenta⁶³.

Podkreślić również należy istotę eliminacji hipotez konkurencyjnych. Zastosowanie domniemania faktycznego jest bowiem możliwe wówczas, gdy dla wniosku domniemania nie ma innych hipotez konkurencyjnych i jego zasadność nie budzi wątpliwości z uwagi na starannie zebrane dowody⁶⁴.

3.3.b. Dowód *prima facie*

W literaturze przedmiotu podnosi się konieczność stosowania ułatwień dowodowych w sprawach z obszaru *Life Sciences*, co jest zdeterminowane w szczególności unikatowym charakterem roszczeń, specyfiką asortymentu medycznego oraz złożonością ludzkiego organizmu. Jak słusznie wskazał Filip Cyganek, procesy medyczne charakteryzują się trudnościami w dowodzeniu, wynikającymi przede wszystkim z zawilości procesów biologicznych. Jednocześnie obecny stan wiedzy medycznej uniemożliwia udzielenie jednoznacznej odpowiedzi na każde pytanie. Doprowadziło to do konieczności wprowadzenia rozwiązania ułatwiającego wykazanie w toku takiego procesu wszystkich faktów mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy⁶⁵.

⁶³ Ibidem.

⁶⁴ Wyrok SA w Warszawie z dnia 11.12.2015 r., sygn. VI ACa 1855/14, LEX nr 1963817; analogicznie wyrok SN z dnia 21.09.2023 r., sygn. II NSKP 31/23, LEX nr 3606608.

⁶⁵ F. Cyganek, *Dowód prima facie w procesie medycznym*, „Przegląd Prawa Medycznego” 2025, nr 3, s. 42.

Analogiczne wnioski wyprowadza również Marek Mierzwa, uznając stosowanie dowodu *prima facie* za „skuteczne narzędzie łagodzenia rygoru dowodowego w tzw. sprawach medycznych”⁶⁶. Autor ten zwraca również uwagę na fakt, iż w związku z postępem medycyny, znaczenie dowodu *prima facie* będzie stale rosnać⁶⁷, stając się tym samym jednym z kluczowych narzędzi do dyspozycji sądów w sprawach, gdzie ustalenie związku przyczynowo-skutkowego wiąże się z pokonaniem barier wiedzy specjalistycznej, przekraczających obiektywne możliwości dowodzenia przez stronę powodową. Należy jednak podkreślić, że do dowodzenia *prima facie* należy podchodzić z ostrożnością. Jak słusznie zauważył Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 15 kwietnia 2004 r., dowód *prima facie* ma służyć tylko sprawom, w których udowodnienie okoliczności faktycznych jest niezwykle trudne, nie powinien więc zastępować klasycznych środków dowodowych, jeżeli są one dostępne. Ponadto, „jeśli strona, przeciwko której dowód *prima facie* działa, przeprowadzi dowód, że w konkretnych okolicznościach sprawy założony związek przyczynowo-skutkowy nie zachodzi lub że skutek został spowodowany inną przyczyną, to na założonej przez sąd więzi przyczynowo-skutkowej nie będzie można konstruować podstawy faktycznej rozstrzygnięcia”⁶⁸. Konieczność zachowania wstrzeźliwości przy stosowaniu dowodu *prima facie* postuluje również doktryna⁶⁹.

4. Podsumowanie

Głosowany wyrok potwierdza, że odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez produkt niebezpieczny ma charakter zamknięty pod względem podmiotowym. Wyklucza to przypisanie legitymacji biernej podmiotowi odpowiedzialnemu lub jego przedstawicielowi, jeżeli nie spełniają

⁶⁶ M. Mierzwa, *Dowód prima facie w postępowaniu cywilnym w sprawie roszczeń z tytułu błędów medycznych*, „Acta Iuridica Resoviensia” 2022, nr 4, s. 193.

⁶⁷ Ibidem, s. 203.

⁶⁸ Wyrok SN z dnia 15.04.2005 r., sygn. I CK 653/04, LEX nr 369229.

⁶⁹ M. Białkowski, *Dowód prima facie w postępowaniu cywilnym dotyczącym szkód powstałych w związku z leczeniem*, „Palestra” 2014, nr 3-4.

one statusu producenta produktu niebezpiecznego, jego dystrybutora lub importera. Jednocześnie Sąd przyjął autonomiczny standard oceny bezpieczeństwa produktu leczniczego, uznając, że zaniechanie zamieszczenia w lokalnej ulotce ostrzeżeń o ciężkich działaniach niepożądanych, znanych producentowi z innych rynków, stanowi wadę instrukcyjną.

Sąd ponadto słusznie orzekł o autonomiczności reżimu cywilnoprawnego względem wymogów administracyjnych. Z jednej bowiem strony rejestracja leku i posiadanie pozwolenia na dopuszczenie do obrotu są aktami z zakresu prawa administracyjnego, które nie kreują legitymacji biernej w procesie cywilnym o naprawienie szkody wyrządzonej przez produkt. Z drugiej zaś, spełnienie tych wymogów, w szczególności zattwierdzenie treści ulotki przez krajowy organ nadzoru, nie zwalnia producenta z odpowiedzialności na gruncie prawa cywilnego.

W sferze dowodowej Sąd zasadnie dopuścił istotne ułatwienia dla poszkodowanej w postaci dowodu *prima facie* oraz domniemań faktycznych, pozwalając na ustalenie związku przyczynowego poprzez metodę eliminacji przyczyn alternatywnych.

W związku z powyższym, przeprowadzona przez Sąd analiza oraz płynące z niej wnioski zasługują na pełne uznanie.

Bibliografia:

Piśmiennictwo:

- Białkowski M., *Dowód prima facie w postępowaniu cywilnym dotyczącym szkód powstałych w związku z leczeniem*, „Palestra” 2014, nr 3-4.
- Bosek L., *Perspektywy rozwoju odpowiedzialności cywilnej – zagadnienia wybrane odpowiedzialności za inteligentne roboty*, „Forum Prawnicze” 2019, nr 2 (52).
- Cyganek F., *Dowód prima facie w procesie medycznym*, „Przegląd Prawa Medycznego” 2025, nr 3.
- Drżenie rąk [w:] *Leksykon medyczny online*, <https://leksykon.com.pl/leksykon-chorob/drzenie-rak/>, [dostęp: 08.03.2026 r.].

- Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej* C 272 z dnia 26 lipca 2016 r., *Informacje i zawiadomienia*, t. 59, https://www.gum.gov.pl/ftp/pdf/OJ_C_2016_272_FULL_PL_TXT.pdf, [dostęp: 08.03.2026 r.].
- Gawlik Z., *art. 449(1) [w:] Kodeks cywilny. Komentarz. Tom III. Zobowiązania – część ogólna*, red. A. Kidyba, Warszawa 2014.
- Guideline on good pharmacovigilance practices (GVP). Module VI – Collection, management and submission of reports of suspected adverse reactions to medicinal products*, <https://www.ema.europa.eu>, [dostęp: 08.03.2026 r.].
- Hipomimia* [w:] *Leksykon medyczny online*, <http://leksykon.com.pl/tag/hipomimia/>, [dostęp: 08.03.2026 r.].
- Jaworska-Góral E., *Dowód prima facie*, „Przegląd Sądowy” 2010, nr 11-12.
- Krekora M., *Rozdział 2. Definicje* [w:] *Prawo farmaceutyczne*, red. M. Krekora, M. Świerczyński, E. Traple, Warszawa 2020.
- Kuźmicka-Sulikowska J., *Pojęcie produktu niebezpiecznego na gruncie przepisów kodeksu cywilnego dotyczących odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przez ten produkt*, Wrocław 2013.
- Mierzwa M., *Dowód prima facie w postępowaniu cywilnym w sprawie roszczeń z tytułu błędów medycznych*, „Acta Iuridica Resoviensia” 2022, nr 4.
- Mikrografia* [w:] *Leksykon medyczny online*, <https://leksykon.com.pl/tag/mikrografia/>, [dostęp: 08.03.2026 r.].
- Modrzejewski P., *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przez niebezpieczny produkt medyczny*, Warszawa 2023.
- Ożóg M., *System handlu produktem leczniczym i produktami pokrewnymi. Problematyka prawna*, Warszawa 2009.
- Peppin P., *Drug/Vaccine Risks: Patient Decision-Making and Harm Reduction in the Pharmaceutical Company Duty to Warn Action*, „Canadian Bar Review” 1991, nr 70.
- Rzetecka-Gil A., *art. 449(1) [w:] Kodeks cywilny. Komentarz. Zobowiązania – część ogólna*, LEX 2011.

Stankiewicz R., 7.4.3. *Zdarzenia niepożądane oraz działania niepożądane* [w:] *Krajowe systemy ochrony zdrowia a Unia Europejska. Przykład Polski*, red. R. Stankiewicz, Warszawa 2016.

Wojciechowski P., *Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez produkt niebezpieczny żywnościowy pierwotny i przetworzony: wybrane problemy*, „*Studia Iuridica Agraria*” 2011, t. 9.

Żulawska C., *Księga trzecia. Zobowiązania* [w:] *Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania. Tom 1*, red. G. Bieniek, Warszawa 2011.

Orzecznictwo:

Wyrok Trybunału Sprawiedliwości z dnia 29.05.1997 r., sygn. C-300/95, *Komisja Wspólnot Europejskich przeciwko Zjednoczonemu Królestwu Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej*, ECR 1997, nr 5, poz. I-2649.

Wyrok Trybunału Sprawiedliwości z dnia 10.01.2006 r., sygn. C-402/03, *Skov Aeg przeciwko Bilka Lavprisvarehus A/S oraz Bilka Lavprisvarehus A/S przeciwko Jette Mikkelsen i Michaelowi Due Nielsenowi*, ZOTSiS 2006, nr 1A, poz. I-199.

Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 05.05.2011 r., sygn. C-249/09, *Novo Nordisk AS przeciwko Ravimiamet*, ZOTSiS 2011, nr 5A, poz. I-3155.

Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 21.12.2011 r., sygn. C-495/10, *Centre hospitalier universitaire de Besançon przeciwko Thomasowi Dutrueux i Caisse primaire d'assurance maladie du Jura*, ZOTSiS 2011, nr 12C, poz. I-14155.

Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 05.03.2015 r., sygn. C-503/13, *Boston Scientific Medizintechnik GmbH przeciwko AOK Sachsen-Anhalt – Die Gesundheitskasse i Betriebskrankenkasse RWE*, ZOTSiS 2015, nr 3, poz. I-148.

Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 21.06.2017 r., sygn. C-621/15, *N.W., L.W. i C.W. przeciwko Sanofi Pasteur MSD SNC, Caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine i Carpinco*, ZOTSiS 2017, nr 6, poz. I-484.

- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 10.06.2021 r., sygn. C-65/20, *VI przeciwko Krone-Verlag Gesellschaft mbH & Co. KG*, LEX nr 3183139.
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 07.07.2022 r., sygn. C-264/21, *Keskinäinen Vakuutusyhtiö Fennia przeciwko Koninklijke Philips N.V.*, LEX nr 3362698.
- Wyrok Sądu Najwyższego Stanów Zjednoczonych z dnia 04.03.2009 r., sygn. 555 U.S. 555, *Wyeth przeciwko Levine*.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28.06.1972 r., sygn. II CR 218/72, OSNC 1972, nr 12, poz. 228.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15.04.2005 r., sygn. I CK 653/04, LEX nr 369229.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 02.10.2015 r., sygn. II CSK 816/14, OSNC 2016, nr 9, poz. 106.
- Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 06.07.2021 r., sygn. III CZP 34/20, OSNC 2021, nr 12, poz. 82.
- Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 30.09.2021 r., sygn. I PSK 112/21, LEX nr 3517481.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21.09.2023 r., sygn. II NSKP 31/23, LEX nr 3606608.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 09.06.2015 r., sygn. I ACa 1469/14, LEX nr 1750125.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 11.12.2015 r., sygn. VI ACa 1855/14, LEX nr 1963817.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 18.11.2024 r., sygn. VI ACa 379/19, niepubl.
- Wyrok Sądu Rejonowego w Jasle z dnia 20.03.2017 r., sygn. I C 15/14, LEX nr 2266641.
- Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 07.09.2017 r., sygn. I C 1991/13, LEX nr 2403452.
- Wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 18.12.2018 r., sygn. XXV C 1313/10, LEX nr 3936362.

Summary

Liability for an Instructional Defect of a Medicinal Product under the Defective Product Liability Regime. Commentary on the Judgment of the Court of Appeal in Warsaw of 18 November 2024, Case No. VI ACa 379/19

By a judgment dated November 18, 2024 (case file no. VI ACa 379/19), the Warsaw Court of Appeal ruled on liability for an instructional defect in a medicinal product under the product liability regime. This represents a landmark ruling in the Polish legal system, being the first instance where a patient was awarded compensation and damages for adverse effects resulting from a drug. The author provides a detailed analysis of the provisions upon which the Court based its decision, observing that liability under Article 449¹ of the Civil Code is subject to a closed list of entities (*numerus clausus*). Consequently, passive legal standing is restricted to the actual manufacturer, quasi-manufacturer, or importer, excluding entities performing purely administrative functions, such as the Marketing Authorisation Holder (MAH) or its representative. A pivotal element is the reconstruction of the concept of an instructional defect, defined as a failure to inform the consumer of known risks regarding adverse effects. The author argues that establishing such a defect is autonomous from administrative compliance, such as official approval of the package leaflet by regulatory authorities. Furthermore, the author addresses evidentiary challenges in medical litigation, endorsing *prima facie* evidence and factual presumptions to establish a causal link between ingestion of the product and the resulting harm. The commentary is affirmative; the author concurs with the Court, asserting that the judgment prioritizes consumer safety without infringing upon the rights of the defendants.

Key words: medicinal product, consumer safety, causal link, instructional defect, liability for a defective product